

amsterdam
1947

ASOCIALE TUBERCULOSELIJDERS

and Medical Library

J. STOFFELSMA

ASOCIALE TUBERCULOSELIJDERS

ASOCIALE TUBERCULOSELIJDERS

PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN
DOCTOR IN DE GENEESKUNDE AAN DE
GEMEENTELIJKE UNIVERSITEIT VAN
AMSTERDAM, OP GEZAG VAN DEN RECTOR-
MAGNIFICUS, DR. P. N. U. HARTING, HOOG-
LEERAAR IN DE FACULTEIT DER LETTEREN
EN WIJSBEGEERTE, IN HET OPENBAAR TE
VERDEDIGEN OP DONDERDAG 3 JULI 1947,
DES NAMIDDAGS TE 3 UUR

DOOR

JACOB STOFFELSMA

ARTS

GEBOREN TE OUDEGA (H.O.N.)

1947

A. JONGBLOED c.v., LEEUWARDEN

DE INHOUD VAN DIT PROEF-
SCHRIFT IS GOEDGEKEURD
DOOR DEN PROMOTOR:

Prof. Dr J. J. VAN LOGHEM.

AAN DE NAGEDACHTENIS
VAN MIJN MOEDER.

AAN MIJN VADER.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Inhoud.

	Bladzijde
INLEIDING	11
HOOFDSTUK I	
Opvattingen inzake de oorzaak en de voorkoming van tuberculose tot den tijd van Koch.....	13
HOOFDSTUK II	
De organisatie der tuberculosebestrijding in het buitenland	23
1. Frankrijk	23
2. Duitschland.....	44
3. Denemarken, Zweden en Noorwegen	66
4. Zwitserland	81
5. Groot-Britannië en Ierland	92
6. België	109
7. Vereenigde Staten van Noord-Amerika.....	115
HOOFDSTUK III	
De organisatie der tuberculosebestrijding in Nederland...	122
HOOFDSTUK IV	
Besmettingsgevaar en besmettingsmogelijkheid.....	135
HOOFDSTUK V	
Het verzamelde materiaal	148
HOOFDSTUK VI	
Selectie van het verzamelde materiaal	231

HOOFDSTUK VII

Is toepassing van wettelijke maatregelen gewenst?..... 236

HOOFDSTUK VIII

Wettelijke maatregelen..... 246

HOOFDSTUK IX

De wettelijke kindbescherming in Nederland 248

HOOFDSTUK X

Verplichte afzondering..... 263

HOOFDSTUK XI

Wijze van aangifte der patiënten 281

HOOFDSTUK XII

Wijze van toepassing der maatregelen 285

SAMENVATTING 295

GERAADPLEEGDE LITERATUUR..... 307

INLEIDING.

„... Les vivants et les bien portants ont droit à la santé et à la protection de leur vie, et la liberté d'être malade ne va pas jusqu' à la liberté d'empoisonner son voisin.”

Grancher, 1898.

In woord en geschrift is meermalen de aandacht gevestigd op gevallen van tuberculose, veroorzaakt door open lijders, die de voorschriften van consultatiebureau-arts of behandelenden arts niet nakomen of met voeten treden.

Het sociale vraagstuk, dat met een dergelijke handelwijze is gemoeid, wordt in dit proefschrift nader belicht.

Bekendheid met het ontstaan der huidige organisatie van de tuberculosebestrijding wordt voor een juist begrip noodzakelijk geacht, weshalve een overzicht wordt gegeven van de ontwikkeling dezer organisatie in de voornaamste landen. Volledigheidshalve gaat hieraan een beknopte historische inleiding vooraf over de opvattingen der tuberculoseprophylaxe vóór de ontdekking van den tuberkelbacil, welke opvattingen zich wijzigden met de theorieën over het wezen der ziekte.

Hoewel ten volle overtuigd van de groote beteekenis van het dier als bron van tuberculeuze infectie bij den mensch, memoreeren wij in dit overzicht niet die wettelijke maatregelen, welke betrekking hebben op de bestrijding der rundertuberculose, daar onze studie zich uitsluitend bezig houdt met de gevolgen der besmetting van mensch op mensch, hierbij in het midden latend, of deze door den humanen dan wel door den bovinen bacil geschiedt. Dit komt dus neer op de gevolgen van de besmetting, veroorzaakt door den lijder aan long- of larynxtuberculose.

Het eigenlijke onderzoek bestaat in het verzamelen van ziektegeschiedenissen van tuberculoselijders, die op eenigerlei wijze bij herhaling de adviezen van den consultatiebureau-arts of van den behandelenden arts niet nakomen, zoomede van hun contacten.

Daarnaast werden ziektegeschiedenissen verzameld van personen, geïnfecteerd door lijders, die zich ten opzichte van hun omgeving niet in acht nemen.

Aan de hand van deze gegevens wordt getracht de vraag naar de wenschelijkheid van het invoeren van wettelijke maatregelen te beantwoorden.

Opvattingen inzake de oorzaak en de voorkoming van tuberculose tot den tijd van Koch.

Het gezegde van Littré: „Niets verdiept het oordeel zoozeer als de vergelijking van onze tegenwoordige kennis met die van vroegere tijden” geldt zeker voor een studie over tuberculosebestrijding.

Dat de wijze van bestrijding afhankelijk is van het standpunt, dat men inneemt ten opzichte van de oorzaak der tuberculose, is zonder meer duidelijk.

Om zich dus een goed denkbeeld te vormen van de tuberculoseprophylaxe, zooals die de eeuwen door werd toegepast, is het noodzakelijk de meeningen te kennen, welke in den loop der tijden in de geneeskunde omtrent de oorzaak der tuberculose hebben geheerscht. Er is veel gediscussieerd over de vraag, of achter de religieuze voorschriften, welke wij aantreffen bij de Hebreëen, met name het verbod van het nuttigen van het vleesch van koeien, waarvan de longen ulceraties vertoonen, een prophylactisch doel schuilt. Hetzelfde geldt voor de wet van Manoe in Voor-Indië, welke den Brahmaan verbiedt een meisje te huwen, in wier ascendentie tuberculose voorkomt. Piéry en Roshem (1931), die dit vraagstuk van verschillende zijden hebben belicht, komen tot de conclusie, dat hier uitsluitend van godsdienstige maatregelen sprake kan zijn.

Uit de geschriften van Hippocrates (460—377 v.C.) blijkt, dat deze goed op de hoogte is geweest van het ziektebeeld der longtering en aan de erfelijkheid ervan geloofde.

Deze Hippocratische opvatting van de erfelijkheid der longtering blijft, nu eens meer, dan weer minder op den achtergrond gedrongen door de idee van de besmettelijkheid der ziekte, alle eeuwen door bestaan.

Ook moet worden aangenomen, dat *Hippocrates* van de besmettelijkheid der ziekte overtuigd is geweest, ofschoon over te nemen voorzorgsmaatregelen niets wordt gemeld.

Uit niet-medische geschriften mogen we besluiten, dat in dezen tijd onder het volk de meening heerschte van de besmettelijkheid der longtering. Zoo laat de Grieksche redenaar *Isocrates* (436—338 v. C.) iemand, die een teringlijder verpleegd heeft, zeggen: „de meesten, die deze zieken verzorgen, worden er het slachtoffer van”.

Aristoteles (384—322 v. C.) acht de longtering al even besmettelijk als de schurft en de oogontsteking. Hij zegt, dat de lijder aan longtering een zware, bedorvene lucht uitademt, welke, ingeademd door degenen, die hem naderen, aan dezen dezelfde ziekte kan bezorgen, omdat deze lucht de een of andere ziekteverwekkende stof bevat.

Galenus (130—200 n. C.) meent, dat het gevaarlijk is samen te leven met hen, die zijn aangetast door de longtering en nog gevaarlijker met hen, die zulk een bedorven adem hebben, dat ze met hun onaangename geur de kamers kunnen besmetten, waarin ze slapen.

Ofschoon men in de Oudheid dus reeds was overtuigd van de mogelijkheid van overbrengen der ziekte, zien we, dat het niet komt tot het treffen van voorzorgsmaatregelen. Trouwens, indien we bedenken, dat de ziekte op enkele uitzonderingen na pas in een vergevorderd stadium werd ontdekt, dan zal het duidelijk zijn, dat men met een eventueele prophylaxe niet veel bereikt zou hebben. Oefeningen en koude afwasschingen, door *Aristoteles* en *Galenus* aangeraden, kunnen niet anders dan als therapeutische maatregelen worden beschouwd, omdat ze werden toegepast op die menschen, die reeds door de ziekte waren aangetast. Met eenigen goeden wil zou men het voorschrift van den architect *Vitius*, onder keizer Augustus, als een voorzorgsmaatregel kunnen zien. Het betreft hier den bouw van woningen, die beschut waren tegen den wind, om daarmede gezonden te beschermen tegen ziekten als rheumatiek, jicht, hoest, pleuritis en tering.

Ook uit de Middeleeuwen is weinig of niets over tuberculose-prophylaxe bekend. In de geschriften over de geneeskunst der Arabieren, die het eerst roodvonk en pokken hebben opgemerkt, wordt nergens

over besmetting in het algemeen, noch over de besmetting bij longtering gesproken.

Van Europa is bekend, dat het omstreeks de negende eeuw den Franken verboden was „knobbeltjesvleesch” te eten. Hetzelfde verbod bestond in de veertiende eeuw o.a. in de steden Würzburg en Passau.

Als grondlegger van de leer der besmetting in het algemeen moet de Italiaansche geleerde *Fracastor* (1483—1553) beschouwd worden. Als ziekten, die zeer besmettelijk zijn, beschrijft hij pest, syphilis, vlektyphus, dolheid, lepra en longtering. Deze laatste, zegt hij, kan verkregen worden door omgang met een lijder aan dezelfde ziekte of door tusschenkomst van voorwerpen, welke in aanraking zijn geweest met den zieke (kleeren, bed, woning). Hij omschrijft de besmetting als „een infectie, die van den eenen persoon op den anderen overgaat door middel van oneindig kleine voorwerpen, die onze zintuigen niet waarnemen, de zaden of kiemen”.

Zagen we, dat door de schrijvers der Oudheid het vraagstuk der besmetting slechts vaag werd aangeduid, hier vinden we een duidelijke omschrijving van het begrip. Tevergeefs zoeken we echter in het boek naar een hoofdstuk over de voorkoming der besmetting.

De meeste groote geneeskundigen uit de zestiende eeuw deelen de opvattingen van *Fracastor*. Zoo maakt *Montanus* (1488—1551) melding van het geval van een geneesheer, die zich de ziekte op den hals haalde door slechts aan de fluimen van een teringlijder te hebben geroken.

Fernel (1499—1558) rekent de longtering met lepra en schurft tot de ziekten, die worden veroorzaakt door aanraking. *Septalius* (2e helft 16e eeuw) beweert, dat de longtering kan medegedeeld worden aan de vrouw door de kussen en de omhelzingen van haren man.

Hoewel dus in de zestiende eeuw de besmettelijkheid der longtering vrijwel algemeen wordt aangenomen, schijnt men in het geheel geen prophylactische aanwijzingen te hebben gegeven.

Ook in de zeventiende eeuw zijn alle vooraanstaande geneeskundigen

overtuigd van de besmettelijkheid der longtering. Deze overtuiging is meestal gebaseerd op ervaringen uit de praktijk.

Zoo vermeldt *Lazare Rivière* (1589—1665) het geval van een meisje van 15 jaar, dat besmet was door haar zuster, die korten tijd tevoren gestorven was aan longtering. Hij heeft gezien, dat vrouwen de ziekte kregen door haar man, mannen door hun vrouw, kinderen door hun ouders en deze laatste niet alleen op grond van erfelijkheid, maar voornamelijk door omgang met een reeds geïnfecteerden persoon.

Mauget, Zwitserland, (1652—1742) vestigt vooral de aandacht op besmetting door middel van voorwerpen. Hij beschrijft een geval, dat, volgens hem, is veroorzaakt door het dragen van handschoenen van een teringlijdster.

De Engelsche geneeskundige *Morton* (1698) merkt op, dat de ziekte bij voorkeur de menschen infecteert, die met den teringlijder in hetzelfde bed slapen.

Beverwijk (1594—1647) zegt vele menschen te hebben gekend, die teringlijders verzorgden en aan dezelfde ziekte stierven.

Tulp (1593—1674) denkt, dat de longtering niet minder besmettelijk is voor de geneesheeren dan voor de bloedverwanten.

De Leidsche hoogleeraar *Deleboé Sylvius* (1614—1672), die een uitvoerige studie heeft gemaakt over de longtering, vooral aan de hand van lijkschouwingen, bij zijn patiënten verricht, verdeelt de ziekte in een periode van dreiging, een beginnende periode en een voortgeschreden stadium. Zijn geschriften vermelden echter niet, wat er in de eerste periode gedaan moet worden om verder voortschrijden te voorkomen.

Gelijk de meeste zijner tijdgenooten neemt hij aan, dat het de smetstoffen, door teringlijders uitgeademd, zijn, die de ziekte veroorzaken. Hij waarschuwt vooral zwakke en jonge personen en ook artsen zich te hoeden tegen den adem van teringlijders. Bij hem komt de hereditetsfactor weer op den voorgrond, daar volgens hem diegenen het meest aangetast worden, die een, al is het nog zoo geringen, natuurlijk aanleg tot phthisis hebben. Dit zijn vooral de bloedverwanten van teringlijders.

Ook in deze eeuw kan van een eigenlijke prophylaxe niet gesproken worden en bepaalt deze zich tot een enkele waarschuwing. Er bestaat in dit tijdperk een wanverhouding tusschen de idee der besmettelijkheid en de maatregelen ertegen, hetgeen mede zijn oorzaak moet vinden in het feit, dat steeds aan de erfelijkheid der ziekte vastgehouden werd.

Als bijzonderheid mag nog vermeld worden, dat te Reims, de kroningsstad der Fransche koningen, in het begin der zeventiende eeuw het eerste ziekenhuis voor chirurgische tuberculose werd opgericht. Den koningen werd n.l. het vermogen toegeschreven op den dag van hun kroning etterende klieren enz. door hun aanraking te kunnen genezen. Had de oprichting van dit ziekenhuis dus in de eerste plaats een therapeutisch doel, daarnaast schijnt het ook gediend te hebben om door opneming van den patiënt de omgeving te beveiligen.

Ook het ziekenhuis van den H. Marcus, in 1645 door een vrome dame te Reims gesticht, beoogde hetzelfde. De maatregelen, hier genoemd, waren dus meer gebaseerd op het geloof in een bovenaardsche macht der koningen dan op prophylactische overwegingen.

In de achttiende eeuw viert de leer der besmetting hoogtij. In dit tijdperk vallen de eerste prophylactische maatregelen, die in de Zuid-europeesche landen, zooals we zien, met groote gestrengheid worden opgevoerd.

V a n S w i e t e n (1700—1772), leerling van B o e r h a v e , vermeldt het geval van een jongen man, die zijn zuster en zijn dienstbode besmette. Volgens hem is het niet zoozeer de adem der teringlijders, doch zijn het de opgegeven fluimen, die de ziekte overbrengen.

M o r g a g n i (1682—1771) durfde de overledenen aan tering niet te seceeren, omdat hij meende, dat zijn leermeester V a l s a l v a hierdoor de ziekte had gekregen en eraan was gestorven.

De Fransche geneeskundige R a u l i n (1708—1784) gelooft aan besmetting door uitgedamde stoffen, maar evenzoo ook door linnengoed en kleeren van den patiënt. Ten tijde van R a u l i n bestond in de Provence de gewoonte alle gebruiksvoorwerpen van een longlijder, als zijn bed, zijn lakens, zijn tafelgoed enz. afzonderlijk te houden. Na het overlijden van den patiënt werden de muren van het ver-

trek opnieuw bepleisterd, het linnen werd verbrand of verkocht, nadat het verscheidene malen was gewasschen.

Geleidelijk aan is de besmettelijkheid der longtering zoozeer tot het publiek doorgedrongen, dat het in sommige deelen van Europa tot felle maatregelen komt. Onder den invloed van de publieke opinie besluit het bestuur van de stad Nancy in 1750 de kleeren en het meubilair van een vrouw, die aan longtering gestorven was, in het openbaar te laten verbranden.

In Spanje worden de consequenties van de ideeën der besmettelijkheid tot het uiterste doorgevoerd, hetgeen in 1751 leidt tot het uitvaardigen van een wet door koning Ferdinand VI. Om een indruk te geven van de gestrengheid der maatregelen, moge de inhoud der wet hier weergegeven worden: „In navolging van de wetenschap, welke het gevaar heeft aangetoond van het gebruik van linnengoed, meubelen en andere voorwerpen, door teringlijders gebruikt, gelasten wij aan alle doktoren de personen, die lijdende of overleden zijn aan tering, aan te geven. De burgemeester moet alle linnengoed, kleeren, meubelen en andere voorwerpen, waarvan de zieke gebruik heeft gemaakt of welke zich in zijn kamer bevinden, laten verbranden. De burgemeester geeft bevel het vertrek, waarin de patiënt is overleden, te laten overpleisteren en te witten; de vloerbedekking of de tegels van het vertrek of de alcoof, waar het bed van den patiënt zich bevond, te laten verwisselen. Bovendien moet er een register worden aangelegd van de herkomst van voorwerpen, aanwezig bij opkoopters en sjacheraars, met vermelding van naam en woonplaats van den verkooper evenals van de personen, aan wie linnengoed en kleeren in bruikleen zijn afgestaan, daar kooplieden in oude kleeren vaak in voorwerpen handelen, die besmet zijn. De burgemeester zal een bewijs uitreiken, indien blijkt dat bedoelde voorwerpen niet besmet zijn. Alleen dit bewijs geeft het recht om voorwerpen opgeslagen te houden of te verkoopen.

Elke medicus, die teringlijders of sterfgevallen aan tering niet aan geeft aan den burgemeester wordt gestraft: de eerste keer met een boete van 200 ducaten en een schorsing gedurende een jaar; de tweede keer met een boete van 400 ducaten en verbanning van 4 jaar. Alle

andere personen (verplegers, personeel, dat op een of andere wijze met de patiënten in aanraking komt), die niet aangeven, zullen worden gestraft met 30 dagen gevangenisstraf voor de eerste keer en met 4 jaar dwangarbeid voor de tweede keer. De burgerlijke en militaire autoriteiten moeten al het linnengoed, dat door teringlijders in de burgerlijke of militaire ziekenhuizen werd gebruikt, laten verbranden.”

Nog strenger dan de Spaansche wet is het *Edict van Napels*, dat in 1782 tijdens de regeering van Philips IV, koning van Napels, Sicilië en Jerusalem, door herauten in de straten en op de pleinen van de hoofdstad wordt afgekondigd.

Het Edict is ontstaan naar aanleiding van beraadslagingen van een commissie, benoemd door de Medische Faculteit te Napels, waarin vooral *Cirillo* en *Cotugno* de verplichte aangifte van longtering op straffe van boete of ballingschap eischten.

Strenger edict of wet is nooit op het gebied van besmettelijke ziekten uitgevaardigd. Het eischt afzondering van den teringlijder, zoodra de ziekte bekend is. Indien de geneesheer geen aangifte hiervan doet, wordt hij de eerste keer veroordeeld tot een hooge boete, de tweede keer tot een verbanning van 10 jaar.

Voor de armen is ziekenhuisopneming verplicht.

Het meubilair van den teringlijder moet buiten de stad gebracht worden en gedesinfecteerd worden door berookingen en wasschingen.

Ook in andere deelen van Italië (Florence, Venetië, Lucca) werden in de achttiende eeuw bepalingen afgekondigd, die den plicht tot aangifte van tuberculose inhouden.

De kleine republiek Lucca bezat in 1641 reeds een gezondheidscommissie, die een verordening schiep om te voorkomen, dat besmettelijke ziekten uit het overige Italië daarheen werden overgebracht. In 1699 werd deze verordening ook van toepassing op de tuberculose.

Ofschoon ook in Noord-Europa (Frankrijk, Engeland, Duitschland, Nederland) in het midden der achttiende eeuw de besmettelijkheid der longtering werd aangenomen, zien we hier geen scherpe overheidsmaatregelen, zooals in Spanje en Napels. Wel schreef men maatregelen voor als het verbranden van kleeren van teringlijders,

het luchten en het desinfecteeren van kamers, wees men op het gevaar van besmetting van voedsters door scrofulenze kinderen enz.

De Nederlandsche geneeskundige *O n t i j d* (1766—1844) beschrijft in zijn „Verhandeling over de Longteering” een aantal prophylactische maatregelen, welke een indruk geven van de opvattingen van de contagionisten van Noord-Europa der achttiende eeuw:

„De geneesheer behoort te zorgen, dat niemand bij den patiënt in hetzelfde bed slape; dat het verblijf der longterigen behoorlijk gelucht worde, en indien de geringe omstandigheden der lijdens hen belletten van kamer te veranderen, dat de in de ziekenkamer aanwezig zijnde besmetting vernietigd worde door het gebruik van minerale berokingen; dat er gene wolle tapijten of andere huisciraden van die stoffe in dezelve zijn; dat de patiënt telkens van linnen verandere en voorts van een dubbele hoeveelheid matrassen voorzien zij, teneinde dezelve beurtelings in de open lucht te kunnen laten luchten; dat de lijdens hunne fluimen in een kwispedoor, het geen tweemaal daags moet gereinigt worden, en niet op de vloer of in hun zakdoek spoegen. Wijders moet de arts nauwkeurig acht geven, dat de longterigen al wat tot hunne kleeding, voeding en keukengereedschap behoort voor zich alleen houden en dat van dat alles volstrekt niets door de nabestaande en omstanders gebruikt worde, welke daarenboven zich zoo veel mogelijk behooren te mijden van in de ziekenkamers ’s morgens nuchteren te komen of in dezelve eenig voedsel te nuttigen. Voorts behoort de Overheid de nodige zorg te dragen, dat bij het overlijden van de lijdens bed, dekens, matras, kussens, hoofdpeluw, in een woord al wat de patiënten, vooral gedurende het laatste tijdperk der ziekte gedragen of gebruikt hebben, in de open lucht verbrand worde en dat de ziekenkamer door herhaalde minerale berookingen van alle, wellicht daar nog aanwezig zijnde smetstof volkomen gereinigt worde; moetende, ten einde hieromtrent niets verheeld worde, de door deze maatregelen veroorzaakte schade en onkosten aan de onvermogenen van ’s landswegen vergoed worden.”

Het werk van den Franschman *B a u m e s* (1795) ademt, wat de prophylactische maatregelen betreft, denzelfden geest. *B a u m e s* adviseert bovendien nog gezonde zuigelingen van hun zieke moeder

te verwijderen en kan in dit opzicht dus als een voorlooper van *Grancher* beschouwd worden.

Waarschijnlijk mede als reactie op de felle maatregelen van Zuid-Europa begint op het einde van de achttiende eeuw de idee van de besmettelijkheid der longtering langzamerhand terrein te verliezen om weer plaats te maken voor die der hereditaire en constitutioneele dispositie.

Cullen (1712—1790) twijfelt aan de besmettelijkheid der tering, daar hij op verscheidene honderden gevallen nauwelijks één gezien heeft, hetwelk door besmettelijkheid zou zijn veroorzaakt.

Ook *Laënnec* (1781—1826), de grondlegger van de unitaire leer betreffende het wezen der phthisis schrijft in 1819: „De longtering heeft langen tijd voor besmettelijk gegolden en zij gaat nog als zoodanig door in de oogen van het volk, de regeering en van eenige geneesheeren, vooral in het zuiden van Europa. In Frankrijk schijnt het tenminste niet, dat zij het is. Men ziet vaak bij arme menschen een talrijke familie slapen in dezelfde kamer mét een teringlijder zonder dat de ziekte medegedeeld wordt”. Later voegt hij echter eraan toe, dat men wel voorzorgen dient te nemen, omdat een ziekte, die gewoonlijk niet besmettelijk is, dit onder zekere omstandigheden kan worden.

Vanaf 1850 worden de opvattingen over de besmettelijkheid der tuberculose op den achtergrond gedrongen door de leer van *Virchow* over het wezen der longtering.

De verschillende pathologische afwijkingen, die bij de phthisis optreden, worden, in tegenstelling met de opvattingen der school van *Laënnec*, door *Virchow* beschouwd als van tweeërlei aard te zijn, namelijk van ontstekingsachtigen aard, de caseëuze pneumonie en van degeneratieven aard, het tuberculum, dat dikwijls ontstaat op den bodem van een caseëuze pneumonie. Bepaalde omstandigheden kunnen er toe leiden, dat de lijder aan tering (caseëuze pneumonie) tuberculeus wordt.

Deze leer heeft op de toenmalige preventie invloed uitgeoefend. De maatregelen van vernietiging en desinfectie van voorwerpen worden verlaten, een hygiënische prophylaxe treedt op den voorgrond. Ge-

tracht wordt door gezonde voeding en kleeding, frissche lucht, verblijf op het platte land, doelmatigen arbeid, doelmatige sport enz. de constitutie zoo sterk mogelijk te maken. Maatregelen dus, die wij thans rangschikken onder de indirecte tuberculosebestrijding, doch die wij ons thans niet kunnen indenken zonder bestrijding van den bacil.

Experimenten van K l e n c k e (1849) en van V i l l e m i n (1865), welke beide de overentbaarheid van de tuberculose van mensch op dier aantoonde, kwamen weliswaar door den overheerschenden invloed van de school van V i r c h o w vooreerst niet tot hun recht, doch werkten er toch aan mee, dat de strijd tusschen de leer der besmettelijkheid en die der erfelijkheid feller ontbrandde. Dank zij de ontdekking der pathogene bacteriën door P a s t e u r was deze strijd in 1880 zoo ver gevorderd, dat C o h n h e i m kon zeggen: „Er bestaat heden nauwelijks een patholoog, die nog ontkent, dat de tuberculose een besmettelijke ziekte is, een ziekte, die kan overgebracht worden van den een op den ander.”

Als K o c h in 1882 den tuberkelbacil ontdekt en de mogelijkheid schept deze aan te toonen in alle tuberculeuze weefsels, organen en producten, dan is hiermede het bewijs van de besmettelijkheid der tuberculose geleverd. Nochtans doet vele jaren later de invloed van de leer van V i r c h o w zich gevoelen, hetgeen verklaart, dat er in de eerste jaren na 1900 in deskundige kringen nog gedebatteerd kan worden over de al of niet besmettelijkheid der tuberculose.

HOOFDSTUK II.

De organisatie der tuberculosebestrijding in het buitenland.

1. FRANKRIJK.

„Académie de Médecine” en tuberculoseprophylaxe.

In het voorgaande hoofdstuk hebben wij gezien, dat men in het midden der negentiende eeuw het standpunt der besmettelijkheid der tuberculose geheel had laten varen en dat men aannam, dat de ziekte op erfelijkheid berust.

Het is dan ook begrijpelijk, als de Officier van gezondheid, *Villemin*, in de vermaarde zitting van de „Académie de Médecine” van 5 December 1865 een voordracht houdt over „Cause et nature de la tuberculose”, waarin hij bewijst, dat de tuberculose een ziekte is, die wordt veroorzaakt door een levend virus, omdat ze, in zeer kleine hoeveelheid overgeënt van mensch op dier, zich in dit dier vermenigvuldigt, dat deze mededeeling zeer afwijzend wordt ontvangen en hevige discussies teweegbrengt. De „Académie” komt dan ook niet tot conclusies naar aanleiding van deze voordracht. Een der leden, *Pidoux*, vreest zelfs, dat publicatie van deze ontdekking tengevolge zou kunnen hebben, dat een tuberculoselijder door zijn familie zou worden verlaten en gedoemd zou zijn in eenzaamheid te sterven.

In 1889, bijna 25 jaar later, als inmiddels *Cohnheim* en *Salomonson* de overentbaarheid van het tuberculosevirus door middel van enting in de voorste oogkamer van het konijn hebben bewezen, als inmiddels *Koch* zijn vermaarde ontdekking heeft gedaan, doet *Villemin* opnieuw mededeelingen in de Académie over de contagiositeit der tuberculose. Er volgden langdurige discussies, welke

tot resultaat hebben, dat de volgende conclusies gepubliceerd worden: La tuberculose est une maladie parasitaire et infectieuse. Le microbe agent de la contagion existe surtout dans les crachats desséchés et dans les affections tuberculeuses. Le plus sûr moyen d'éviter la contagion consiste à détruire les crachats avant leur dessiccation. Le parasite se trouve quelquefois dans le lait des vaches tuberculeuses. Il est donc prudent de le faire bouillir, surtout, s'il est destiné à l'allaitement des jeunes enfants.

L'Académie appelle l'attention des autorités compétantes sur le danger que les tuberculeux font courir aux diverses collectivités, dont ils ont la direction: lycées, casernes, agglomérations et ateliers d'Etat".

Bekendmaking hiervan mag slechts geschieden in het „Bulletin de l'Académie de Médecine", niet in de publieke pers, omdat dit vrees voor den tuberculoselijder zou kunnen opwekken.

Sindsdien maakt de prophylaxe der tuberculose herhaaldelijk onderwerp van bespreking uit in de „Académie" en maakt deze haar standpunt aangaande dit vraagstuk aan de Overheid bekend.

Zoo becritiseeren Ferrier en Debove in een der zittingen der „Académie" in 1896 de wijze van opneming en behandeling der tuberculoselijders in de ziekenhuizen en wel naar aanleiding van een mededeeling van Jaccoud over de verbreiding der tuberculose in deze inrichtingen. Deze critiek heeft ten gevolge, dat de „Assistance Publique" van Parijs zich er mee bezig gaat houden. Ze benoemt een Commissie, waarvan Brouardel voorzitter en Grancher een der rapporteurs is. De Commissie acht de volgende maatregelen noodzakelijk:

1. Opneming van tuberculoselijders in afzonderlijke afdeelingen.
2. Desinfectie, niet alleen van die afdeelingen, welke bestemd zijn voor de tuberculoselijders, doch tevens van alle ziekenzalen.
3. Verbetering van de omstandigheden van het ziekenhuispersoneel, bestaande in verbetering der opleiding, verhooging van het salaris en verbetering der huisvesting.
4. Desinfectie van de woningen van armlastige tuberculoselijders gedurende de ziekte en na het overlijden.

Dit rapport heeft ertoe geleid, dat èn de „Assistance Publique” èn de Parijsche gemeenteraad ieder een bedrag van 6 millioen fr. ter beschikking stelden voor verbetering van opneming van tuberculoselijders in de ziekenhuizen.

In 1898 wordt uit de leden der „Académie” een commissie benoemd, wederom met *Grancher* als rapporteur. *Grancher* stelt naar aanleiding hiervan zijn bekend geworden „Rapport sur la prophylaxie de la tuberculose” samen, waarin wordt aanbevolen:

1. Het gebruik van sputumflacons door tuberculoselijders.
2. Het vermijden van stof door vloeren en meubels vochtig te reinigen.
3. De melk voor het gebruik te koken.
4. Tijdelijke afkeuring van militairen met gesloten tuberculose; definitieve afkeuring, indien het sputum bacillen bevat.
5. Onderwijzers, hoofden van fabrieken en zaken op het belang te wijzen van tuberculoseprophylaxe.

Voorloopige ontwikkeling.

Door de publicaties van genoemde commissies worden langzamerhand de Regeering de oogen geopend voor het groote belang eener rationeele tuberculosebestrijding, hetgeen tot resultaat heeft, dat ze in 1903 de „Commission Permanente de préservation contre la tuberculose” instelt, met *Léon Bourgeois* als voorzitter. Deze heeft ten doel wettelijke maatregelen te beramen, noodig om de uitbreiding van de ziekte tegen te gaan. *Bourgeois* heeft steeds op het standpunt gestaan, dat het een sociale plicht van de overheid is voor te gaan in de tuberculosebestrijding en dat het particuliere initiatief pas in de tweede plaats komt.

Een belangrijk resultaat van het streven der Permanente Commissie is het oprichten van het eerste consultatiebureau voor tuberculosebestrijding te Parijs door de „Assistance Publique” in 1905. Het is verbonden aan het Hôpital Laënnec; tevens wordt hier een mogelijkheid geopend tot opneming van 250 tuberculosepatiënten. Het sanatorium te Brévannes vormt met een en ander een geheel. In navolging hier-

van ontstaan in de eerstvolgende jaren verscheidene consultatiebureaux van de „Assistance Publique”.

Ofschoon B o u r g e o i s en velen van zijne medewerkers (B r o u a r d e l, L a n d o u z y, G r a n c h e r) voortdurend pogingen in het werk hebben gesteld wettelijke maatregelen in het leven te roepen, blijft de publieke opinie onverschillig en de Overheid traag in het nemen van maatregelen tegen de ziekte, waarvan het sterftcijfer in Frankrijk hooger is dan in de meeste andere landen. De eerste wereldoorlog moet uitbreken om hierin verandering te brengen.

Onvoorbereid als Frankrijk is voor dezen oorlog, kan een grondige keuring van de in der haast opgeroepen militairen niet plaats hebben. Door de vermoedenissen en de ontberingen aan het front moeten reeds voor het einde van 1914 talrijke militairen met tuberculose naar huis worden gezonden. De onwetendheid van het Fransche volk op het gebied van tuberculoseprophylaxe in aanmerking genomen, is het duidelijk, dat deze tuberculeuze militairen een groot gevaar voor hunne omgeving gaan beteekenen. L a n d o u z y uit Maart 1915 een alarmkreet wegens deze „blessés de la tuberculose” in de Commission Permanente en wijst op de dringende noodzaak maatregelen inzake deze oorlogsslachtoffers te nemen, en om henzelfen en om de bevolking tegen de ziekte te beveiligen.

Dit slaat in. April 1915 besluit de Kamer van Afgevaardigden de Regeering te verzoeken de noodige zorg aan de tuberculeuze militairen te besteden, zoowel wat hun behandeling als wat de prophylaxe in het gezin betreft. In October 1915 komt naar aanleiding hiervan de Wet op de hulp aan afgekeurde militairen tot stand. Voor dit doel wordt door de regeering 2 miljoen fr. uitgetrokken.

De „Stations Sanitaires” worden opgericht. Het zijn over het algemeen bestaande inrichtingen, welke bestemd worden voor opnemning van tuberculeuze militairen. Voorop staat hierbij het prophylactische doel. In de hoofdstad van elk departement wordt een „Comité d'assistance départemental” opgericht, dat zich met de nazorg van de uit de „Stations Sanitaires” ontslagen militairen belast. Huisbezoeksters worden opgeleid om prophylactisch werk in de betrokken gezinnen te verrichten. Boven de „Comités d'Assistance” staat het „Comité Cen-

tral", samengesteld uit leden van de „Commission Permanente" en vooraanstaande Pariijzenaars. Voorzitter is L é o n B o u r g e o i s. De tegenwoordige tuberculosebestrijding in Frankrijk is geboren uit dit schijnbaar tijdelijke en haastig in elkaar gezette oorlogswerk.

Van 1917 af beperkt het werk van de „Comités d'Assistance" zich niet meer tot hulp aan tuberculeuze militairen, maar gaat deze hulp zich ook uitstrekken tot de burgerbevolking. Het „Comité Central" wordt tot „Comité National de Défense contre la Tuberculose".

De Permanente Commissie heeft er jarenlang naar gestreefd verbetering te brengen in de oprichting en de organisatie van consultatiebureaux en van sanatoria.

Toen omstreeks 1900 de ontwikkeling der sanatoria in Duitschland en Amerika een groote vlucht begon te nemen, werd in België door M a l v o z te Luik het eerste consultatiebureau gesticht. In 1901 schiep C a l m e t t e het consultatiebureau „Emile Roux" in Lille, dat, wat werkwijze en organisatie betreft, als voorbeeld heeft gediend voor de later opgerichte consultatiebureaux in Frankrijk en veelal ook voor die in het buitenland.

In de jaren 1900—1905 wordt in alle landen, waar zich een georganiseerde tuberculosebestrijding begint te ontwikkelen, de vraag actueel, of het de sanatoria, dan wel de consultatiebureaux zijn, welke in de toekomst de sterfte aan tuberculose zullen helpen doen dalen. In Frankrijk verwacht men in het algemeen het meeste heil van de consultatiebureaux.

Wet op de consultatiebureaux.

Februari 1914 wordt, uitgaande van een aantal kamerleden en op instigatie van L é o n B o u r g e o i s, een wetsvoorstel ingediend inzake het oprichten van consultatiebureaux, op dezelfde leest geschoeid als het dispensaire van C a l m e t t e. Dit voorstel wordt 15 April 1916 tot wet (Loi sur les dispensaires, ook genoemd Loi L é o n B o u r g e o i s).

De wet tracht zoowel de Overheid als het particulier initiatief te stimuleeren consultatiebureaux op te richten. Alleen in gemeenten met meer dan 5000 inwoners, waar het tuberculosesterftecijfer gedurende

vijf achtereenvolgende jaren, hooger is dan het gemiddelde in Frankrijk, is het oprichten van consultatiebureaux verplicht. De wet regelt verder de financiering van de consultatiebureaux door den Staat.

Wet op de sanatoria.

De wet op de sanatoria van 7 September 1919, gecompleteerd door decreten van Augustus 1920, Augustus 1924 en Mei 1932, stelt in elk departement de oprichting van een sanatorium verplicht.

De aanvullende decreten regelen de hygiënische voorwaarden, waaraan een sanatorium moet voldoen om voor overheidssubsidie in aanmerking te komen.

Het bovenstaand historische overzicht moge duidelijk gemaakt hebben, dat aan het einde van den eersten wereldoorlog een eigenlijke organisatie der tuberculosebestrijding in Frankrijk nog ontbreekt. Wel zijn er in de departementen de „Comités d'Assistance”, doch daar er geen consultatiebureaux aan verbonden zijn, werken ze onvoldoende. Bovendien is het werk, dat zij verrichten, geen tuberculosebestrijding in den eigenlijken zin, doch maatschappelijk werk. In 1917 telt Frankrijk slechts 22 consultatiebureaux, waarvan de meeste meer het karakter hebben van poliklinieken.

Amerikaansche Commissie.

Het is vooral met steun van de Rockefeller Foundation geweest, dat Frankrijk na den oorlog de organisatie der tuberculosebestrijding ter hand heeft genomen. De Rockefeller Foundation zond in 1917 een Commissie naar Frankrijk, welke tot taak had de Fransche Regeering en het Fransche particuliere initiatief bij te staan in den strijd tegen de tuberculose, zoowel organisatorisch als financieel. Deze Amerikaansche Commissie heeft tot 1923 in Frankrijk gewerkt en 89 % der departementen van een tuberculosebestrijdingsorganisatie voorzien.

De algemeene leiding van de tuberculosebestrijding in een departement berust bij een centraal comité, het „Comité départemental d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse”. Het kan of ontsproten zijn aan het particuliere initiatief of van overheidswegen worden

opgericht of het kan een onderdeel zijn van een bepaalde departementale instelling, bijv. van een departementalen gezondheidsdienst.

Zijn taak is, in een departement de geheele tuberculosebestrijding op te bouwen, dus om consultatiebureaux, ziekenhuizen, sanatoria en andere instellingen op te richten, welke ten doel hebben de opsporing, de behandeling of de isolatie van den tuberculoselijder en van zijn gezin.

Het brengt zijn programma ten uitvoer door middel van de plaatselijke comité's, welke gevestigd zijn in plaatsen, waar een consultatiebureau is en bij welke het eigenlijke beheer der consultatiebureaux berust. Het centrale comité verdeelt zijn subsidie over de verschillende plaatselijke comité's en ontvangt de maandrapporten van deze. Controleerende huisbezoeksters van het centrale comité oefenen toezicht uit op het werk der plaatselijke comité's.

Het centrale comité staat in relatie met het Ministerie voor Openbare Gezondheid, aan hetwelk het de jaarverslagen van zijn werkzaamheden zendt en tot hetwelk het zijn aanvragen om subsidie moet richten en met het „Comité National", aan hetwelk het zijn maandelijksche statistieken zendt.

Naast de plaatselijke comités zijn er in een departement z.g. „Comités de propagande et d'aide social". Ze hebben een eigen financieel beheer, verschaffen materiële hulp en bijstand aan de betrokken gezinnen en belasten zich met het sociaal-hygiënische werk, dat de tuberculosebestrijding meebrengt. Hun huisbezoeksters zijn de „assistantes sociales", in tegenstelling met de „infirmières visiteuses" van de plaatselijke comité's.

Het centrale orgaan voor tuberculosebestrijding is het „Comité National". Daarnaast oefent de Staat door middel van het Departement voor Openbare Gezondheid toezicht uit op het gebruik van de door hem verschaft subsidies, op het werk van de gesubsidiëerde instellingen en op de toepassing der wetten.

Het „Comité National" belast zich met de statistiek, de propaganda, en vormt den band, die de instellingen op het gebied der tuberculosebestrijding onderling verbindt.

Instellingen.

Frankrijk kent de volgende instellingen en organisaties op het gebied der tuberculosebestrijding:

1. Het Consultatiebureau (dispensaire d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse.)
2. Het Sanatorium.
3. Het Ziekenhuis-sanatorium (hôpital-sanatorium).
4. Het Preventorium.
5. Het Oeuvre-Grancher.

1 en 2. Het Consultatiebureau en het Sanatorium zijn in groote trekken op dezelfde leest geschoeid als die in ons land, waarom wij een verdere bespreking hiervan overbodig achten.

3. Het Ziekenhuis-sanatorium (hôpital-sanatorium).

Naast de sanatoria, die van de oprichting af over het algemeen bedoeld zijn geweest voor de weinig gevorderde, geneeselijke gevallen, had men verder als gelegenheid tot opnemng van tuberculoselijders speciale afdelingen in de ziekenhuizen, welke hoofdzakelijk bestemd waren voor de ongeneeselijke gevallen. Daarnaast ging men aparte „hôpitaux-sanatoriums” oprichten, waarin behalve de ongeneeselijke lijders ook die patiënten werden opgenomen, welke korten tijd geobserveerd moesten worden, alvorens de definitieve behandeling kon worden begonnen. Het „hôpital-sanatorium” is in dit geval dus een tussenstation tusschen consultatiebureau en sanatorium.

Bij een decreet van 30 Mei 1932, betreffende de organisatie van de sanatoria, kent men thans inrichtingen, welke door Bernard en Poix (1934) met den naam van Sanatorium suburbain, door Troisier en Poix (1943) met dien van Centre hospitalier spécialisé worden aangeduid. Een van de bestaansvoorwaarden hiervan is, dat het moet zijn gelegen in de nabijheid van een groote stad en in een voor een sanatorium geschikte omgeving. Het is, evenals het „hôpital-sanatorium” voor vergevorderde gevallen en als observatiestation bestemd; daarnaast worden opgenomen die patiënten, welke voor actieve therapie in aanmerking komen.

Aan het hoofd van de inrichting moet staan een tuberculose-arts, die in directe verbinding met andere specialisten (chirurgen enz.) staat. Chirurgisch ingrijpen kan in deze inrichting plaats vinden.

Troisier en Poix achten het gewenscht, dat in de toekomst elk departement zoo'n centrum bezit. Tevens willen zij het maken tot opleidingscentrum voor tuberculose-specialisten en willen zij het verbonden zien aan een medische faculteit of hoogeschool. Het „sanatorium suburbain” moet het centrum worden, vanwaaruit de sanatorium-opneming wordt geregeld.

Het „sanatorium suburbain” biedt verschillende voordeelen voor den patiënt:

- a. De ernstige zieken kunnen er gemakkelijk heen vervoerd worden, daar ze niet een lang en moeilijk traject behoeven af te leggen.
- b. De lijdens, voor wie een langdurige kuur noodzakelijk is, zijn in de nabijheid van hun familie.
- c. Het is gebleken, dat de ongeneeselijke lijdens het er over het algemeen veel langer uithouden dan in een ziekenhuis, omdat ze zich omringd weten door patiënten, die beter worden of genezen.

Het sanatorium suburbain vereenigt dus in zich de voordeelen van een sanatorium en van een ziekenhuis.

4. De Preventoria zijn inrichtingen, waarin opgenomen worden kinderen met niet-besmettelijke, lichte tuberculeuze aandoeningen, als bijv. kliertuberculose. Kinderen uit tuberculeuze gezinnen genieten bij de opneming de voorkeur.

Er bestaat geen staatstoezicht op deze inrichtingen, die dus eigenlijk kindersanatoria zijn. Het gevolg is, dat het voortdurend medisch toezicht vaak te wenschen overlaat en dat de indicaties voor opneming niet streng gesteld worden. Men kent dan ook inrichtingen, die zich preventoria noemen, maar de richting uitgaan van kinderbewaarplaatsen, daar ze zelfs gezonde kinderen opnemen.

5. Het Oeuvre Grancher of Oeuvre du Placement familial dateert uit het jaar 1903 en is een Parijsche particuliere vereeniging, die op initiatief van Grancher werd opgericht. Zij stelt zich ten doel tuberculose bij kinderen te voorkomen door deze kinderen

van hun tuberculeuze ouders weg te nemen. (*Préservation de la graine saine*). De kinderen (4—13 jaar) worden uitbesteed bij families op het platteland (oorspronkelijk vooral bij boeren in het Loire-gebied) en blijven daar tot hun veertiende jaar. Het werk, dat zeer eenvoudig werd opgezet, had in 1934 veertig filialen buiten Parijs; het aantal plaatsingen bedroeg in dat jaar 6000.

Toch schijnt het *Oeuvre Grancher* in Frankrijk niet dien omvang te hebben aangenomen, dien men er van verwacht heeft. Ook buiten Frankrijk heeft het weinig opgang gemaakt.

In 1920 is het *Oeuvre Grancher* uitgebreid met het *Oeuvre du Placement familial des Tout-Petits*, dat bedoeld is voor kinderen tot 4 jaar. Deze kinderen staan gedurende hun uitbesteding onder strenge medische contrôle en ook, nadat ze aan hun ouders teruggegeven zijn, worden ze op geregelde tijden gecontroleerd. In 1934 telt Frankrijk 9 centra op dit gebied en zijn er ongeveer 800 kinderen geplaatst.

Behalve boven beschreven instellingen (*Preventoria*, *Oeuvre Grancher*) maakt de B.C.G. vaccinatie een onderdeel uit van de tuberculosebestrijding bij het kind. Ze wordt in Frankrijk veel toegepast.

6. De nazorg beperkt zich in Frankrijk in hoofdzaak tot de arbeidstherapie in de sanatoria. Er zijn verschillende proefnemingen met „village-sanatoria” naar analogie van de nazorgkolonie te Papworth in Engeland genomen. Het sanatorium te Passy in de Haute-Savoie, dat in den vorm van cottages is gebouwd, schijnt niet aan de verwachting te hebben beantwoord. Het village-sanatorium Salagnac in Dordogne, gesticht op initiatief van *Clairvivre*, is een mislukking geworden, volgens *Mc Dougall* (1939), omdat het niet bescheiden genoeg was begonnen, maar van den beginne af te grootsch opgezet.

Hoewel de tuberculosebestrijding in Frankrijk de laatste 25 jaren met rassche schreden is vooruitgegaan (in 1916 zijn er 40, in 1939 920 consultatiebureaux, hetgeen vooral te danken is aan den stoot, die de Commissie-Rockefeller er aan gaf), is dit niet in alle opzichten een kwalitatieve vooruitgang.

Een van de grootste tekortkomingen is, volgens *Troisier en Poix*,

het feit, dat er een groot aantal consultatiebureaux zijn, die tot leider een niet gespecialiseerden arts hebben. Deze laatsten genieten niet het vertrouwen van den huisarts. Er zou gemakkelijk een corps van dergelijke artsen te vormen zijn, indien ze werden gehonoreerd overeenkomstig hun opleiding.

In 1931 bedroeg het aantal consultatiebureaux, dat huisartsen aan het hoofd had, 390, terwijl er 352 consultatiebureaux waren, die ten deele gespecialiseerde artsen (74), ten deele hygienisten (45) aan het hoofd hadden.

Ook het huisbezoek is volgens dezelfde schrijvers onvoldoende, daar de huisbezoeksters te veel in beslag worden genomen door administratief werk en bovendien slecht worden gesalarieerd. Het huisbezoek speelt juist in Frankrijk een belangrijke rol, daar voor de 350.000 lijders aan open tuberculose, die Frankrijk in 1943 naar schatting telt, slechts 25.000 sanatorium- en ziekenhuisbedden disponibel zijn.

Een derde tekortkoming bestaat hierin, dat nog op vele consultatiebureaux een röntgenapparaat ontbreekt.

Wettelijke maatregelen.

De gedachte om de tuberculose in Frankrijk te bestrijden heeft, ook reeds voor den eersten wereldoorlog, herhaaldelijk tot het indienen van wetsontwerpen of het opstellen van rapporten geleid, welke in vele gevallen niet het uitvaardigen van wetten tengevolge hadden.

Voor een goed begrip van de ontwikkeling der tuberculosebestrijding is het gewenscht, dat naast de bestaande wettelijke maatregelen ook deze wetsontwerpen worden gememoreerd.

1. 22 December 1898 dient E. D u b o i s een wetsvoorstel in betreffende het oprichten in de departementen van een of meer laboratoria voor bacteriologisch onderzoek, bestemd om de besmettelijke ziekten te bestrijden en te voorkomen, speciaal de tuberculose.

2. 27 October 1903 komt M. F l o u r e n s met een wetsontwerp tot het oprichten van consultatiebureaux voor tuberculosebestrijding in de steden.

3. Van 6 Februari 1903 dateert het wetsvoorstel van *Fleury-Favarin* betreffende de oprichting van een nationaal tuberculose-instituut.

4. In Januari 1901 wordt door een staatscommissie een rapport samengesteld over de maatregelen, die wenschelijk worden geacht om de vorderingen der tuberculose tegen te gaan.

Het rapport uit de volgende wenschen:

- a. Dat van staatswege in de openbare gebouwen een spuwverbod wordt ingevoerd.
- b. Dat voor elken staatsambtenaar een gezondheidsverklaring vereischt is.
- c. Dat van gemeentewege consultatiebureaux opgericht worden.
- d. Dat de staatsambtenaren verzekerd worden tegen ziekte, speciaal tegen de tuberculose.
- e. Dat de Staat sanatoria opricht voor zijn aan tuberculose lijdende personeel.
- f. Dat de Staat propaganda maakt door woord en geschrift voor de tuberculosebestrijding.

Verplichte aangifte.

De kwestie van de verplichte aangifte van tuberculose wordt in Frankrijk voor het eerst ter sprake gebracht door *Grancher* in de „Académie de Médecine” in de zitting van 3 Mei 1898, bij de voordracht van zijn rapport over de prophylaxe.

Grancher stelt hierin de vraag, of de tijd niet reeds is aangebroken, dat in Frankrijk de aangifte der tuberculose wettelijk verplicht wordt gesteld. Hij acht, hoewel hij ervan overtuigd is, dat het besmettelijk zijn der tuberculose meer en meer bij de bevolking begint door te dringen, het Fransche publiek nog niet rijp voor een dergelijke wet. Want in de oogen van het publiek is de tuberculose, behalve een besmettelijke, ook een erfelijke ziekte, die in de gezinnen, waarin ze heerscht, angstvallig geheim wordt gehouden. Verplichte aangifte met

er op volgend huisbezoek zou openbaarwording van het geheim ten gevolge hebben. Dit zou op verzet bij de huisartsen stuiten.

Het samenstellen van een dergelijke wet, besluit *Grancher*, zal het werk van de toekomst zijn. „Ce sera l'oeuvre de vos futures commissions, quand on aura compris un peu partout que les vivants et les bien portants ont droit à la protection de leur santé et de leur vie, qui sont une propriété au moins aussi respectable qu'un titre de rente ou une maison, et que la liberté d'être malade ne vas pas jusqu'à la liberté d'empoisonner son voisin.”

Daarom acht *Grancher* het noodzakelijk, dat, daar waar veel menschen bijeen zijn (gezin, leger, scholen, werkplaatsen, ziekenhuizen), de leidende figuren op de hoogte gebracht worden van de algemeene regels, die door de Académie voor de prophylaxe opgesteld worden.

Het woord „tuberculose” verschijnt voor het eerst in de wetgeving in 1902, als de Wet op de openbare gezondheid tot stand komt (*Loi relative à la protection de la santé publique* de 15 février 1902). Hierin wordt de tuberculose een van de ziekten naast kinkhoest, griep, pneumonie, erysipelas, bof en lepra, welke facultatief moeten worden aangegeven.

Zagen we de „Académie” zich in 1898 nog niet uitspreken als voorstandster van de verplichte aangifte, in 1912 neemt ze een ander standpunt in, dat tot uiting komt naar aanleiding van een rapport van *Lettulle*, dat deze uit naam van de „Commission Permanente” in de „Académie” voorleest.

Na discussieering, welke den tijd van eenige maanden in beslag neemt, neemt de „Académie” met meerderheid van één stem de stelling aan, dat het een publiek belang is alle gevallen van open tuberculose aan te geven. De Overheid gaat niet op deze meening in en het komt niet tot een wetsontwerp.

In 1919 spreekt de „Académie” zich voor de tweede maal voor verplichte aangifte uit, ditmaal met 25 stemmen meerderheid, en wel naar aanleiding van een rapport van *Bezanson*, dat door de „Académie” gevraagd werd, toen er 16 Januari 1919 een wetsontwerp in de Kamer werd ingediend betreffende verplichte aangifte. De „Académie” neemt dan de volgende stellingen aan:

1. Il est d'intérêt public, que tout cas de tuberculose bacillaire ouverte soit obligatoirement déclaré, sitôt le diagnostic est établi.
2. La déclaration sera adressée à un médecin sanitaire, tenu au secret professionnel et qui veillera à l'exécution des mesures de prophylaxie, lorsque celles-ci ne sont pas assurées par le médecin traitant.
3. La déclaration entraîne l'obligation pour les pouvoirs publics de procurer aux tuberculeux nécessaires les soins que réclame leur état, ainsi que l'assistance à leurs familles.

Het wetsontwerp ademt ongeveer denzelfden geest.

Ook in een vergadering van de „Société médicale des Hôpitaux” in hetzelfde jaar komt men tot een dergelijke conclusie, met de reserve, dat een juiste diagnose gemaakt kan worden, dat het beroepsgeheim intact blijft en dat er voldoende hulp kan worden verleend aan den patiënt en aan zijn gezin.

Het is in 1919 bij een wetsontwerp gebleven.

In 1926 wordt door den Minister voor de Openbare Gezondheid, Justin Godard, een nieuw wetsontwerp aan de Kamer aangeboden, inhoudende verplichte aangifte van open tuberculose en van sterfgevallen aan tuberculose, onder het motief: „La tuberculose pulule dans l'ombre, la lumière la tue. Mettons-la sans crainte au grand jour, au soleil, matériellement et moralement.”

Hierop besluit de Kamer, 30 Juni 1926, dat elk geval van open tuberculose na overlijden of na verhuizing door den behandelenden medicus bij de Overheid moet worden aangegeven, onder voorbehoud van het beroepsgeheim. Het doel van deze aangifte is desinfectie.

Deze wet komt in zooverre niet met de strekking van het wetsontwerp overeen, als dit laatste alle gevallen van open tuberculose beoogt te doen aangeven, klaarblijkelijk met de bedoeling prophylaxe te kunnen uitoefenen in de besmette gezinnen, terwijl de wet met de aangifte alleen bedoelt desinfectie van de woning na het overlijden of de verhuizing van den patiënt.

In deze jaren zijn de Fransche huisartsen over het algemeen tegen de verplichte aangifte, vooral wanneer deze, zooals de wet dit wil, moet geschieden door den huisarts. De aangifte zal volgens hen als een

onrechtvaardigheid tegenover den patiënt beschouwd worden; immers voor het volk is het etiket tuberculose ongeveer gelijk aan dat van lepra en den huisarts zullen de verwijten treffen. Bovendien beschouwen zij de aangifte als in strijd met het beroepsgeheim, indien deze niet geschiedt van arts tot arts.

De „Fédération Nationale de Syndicats Médicaux français” besluit dan ook te weigeren de tuberculose door de huisartsen te doen aangeven. Zij stelt voor dit door een familielid van den patiënt te laten doen en in geval dit geweigerd wordt, door den huisarts.

In de jaren na 1930 schijnt zich langzamerhand een wijziging in de medische en in de publieke opinie te voltrekken aangaande deze kwestie.

Volgens Brouardel (1933) dringt meer en meer het nut van een goede tuberculosebestrijding bij het Fransche volk door, gezien het frequente bezoek aan de consultatiebureaux en de enorme opbrengst van den postzegelverkoop ten bate van de tuberculosebestrijding. Er beginnen steeds meer huisartsen spontaan aangifte van tuberculose te doen. Zoo werden in Parijs in 1933 11.000 gevallen aangegeven.

Vooropgesteld moet worden bij de invoering van een verplichte aangifte, dat de Staat de consequenties ervan kan dragen, m.a.w. er moeten voldoende sanatoriumbedden ter beschikking staan. Immers het doel van de aangifte moet zijn, naast uitoefening van prophylaxe in het gezin, dat alle tuberculoselijders, hetzij thuis, hetzij in een inrichting, de voor hen noodzakelijke behandeling krijgen.

Volgens Brouardel is de „armement antituberculeux” in Frankrijk in 1933 wel dusdanig, dat de consequenties van een verplichte aangifte kunnen worden aanvaard. Brouardel acht daarom verplichte aangifte van gevallen van open tuberculose noodzakelijk en mogelijk. Om het beroepsgeheim te bewaren wil hij de aangifte laten geschieden van arts tot arts.

Leclercq (1932) komt tot dezelfde conclusie. Hij wil voorloopig alleen de open gevallen aangegeven zien om in dezen tijd den Staat, het publiek en de omstandigheden rijp te maken voor complete aangifte.

Légros (1931) wil de wet van 15 Februari 1902 herzien in dezen

zin, dat tuberculose gerangschikt wordt onder de verplicht aan te geven ziekten, in zooverre, dat de aangifte alleen verplicht is voor besmettelijke gevallen en dan nog alleen, indien ze voorkomt op plaatsen, waar opeenhooping van menschen zijn, als scholen, kazernes enz.

A r n a u d (1935) zegt, dat een van de redenen, waarom het sterftecijfer van tuberculose in Frankrijk driemaal zoo hoog is als in Amerika, is gelegen in het feit, dat Amerika betere prophylactische maatregelen treft tegen de ziekte; een van de voornaamste hiervan is de verplichte aangifte.

In April 1946 wordt door de Wetgevende Vergadering een wetsontwerp aangenomen, strekkende tot verplichte aangifte van elk geval van open longtuberculose, zonder dat hierover vooraf advies was gevraagd aan geneeskundige genootschappen of aan de organen van het ministerie van volksgezondheid.

Het onderwerp is in de Fransche literatuur weinig besproken.

Verplichte isolatie.

G r a n c h e r zegt in 1898, dat het eenige middel tegen een tuberculoselidder, die zijn sputum niet wil of kan vernietigen, bestaat in interneering in een ziekenhuis. Hij memoreert daarbij het Noorsche ontwerp voor een tuberculosewet, waarin wordt voorgesteld den medicus, indien zijn patiënt de voorschriften niet opvolgt, te machtigen hem naar een ziekenhuis te doen vervoeren.

Gezien ook het feit, dat G r a n c h e r Frankrijk nog niet rijp acht voor verplichte aangifte, is het begrijpelijk, dat hij vindt, dat men in Frankrijk niet zoo ver kan gaan als in Noorwegen.

L e g r o s (1931) acht het noodzakelijk, dat de besmettelijke lijdens desnoods met dwang kunnen worden geïsoleerd. Een voorwaarde is, dat hiervoor een inrichting ter beschikking staat met een voldoende aantal bedden.

S a k k a (1941) zegt, dat over het algemeen de raad van den medicus wel door den tuberculosepatiënt wordt opgevolgd. Voor de onwilligen zal echter verplichte isolatie noodig zijn.

Mortaliteit.

Teneinde een inzicht te krijgen in den stand en de vorderingen van de tuberculosebestrijding in Frankrijk, vergeleken met die in andere landen, besluiten we dit overzicht met enkele cijfers betreffende de algemeene mortaliteit en de tuberculosesterfte.

Vooraf een opmerking over de exactheid der cijfers betreffende de doodsoorzaken.

Er bestaat in Frankrijk geen wet, die eischt, dat de huisarts de doodsoorzaak op de aangifte van overlijden vermeldt. Wel moet deze, volgens het Burgerlijk Wetboek, worden vastgesteld door den arts van den burgerlijken stand, doch deze bestaat in slechts enkele steden. Dikwijls komt het voor, dat de huisarts terwille van de familie geen oorzaak invult en dat in zoo'n geval de ambtenaar van den burgerlijken stand zelf een diagnose schept, als ziekte, ongeval, natuurlijke oorzaak enz. Speciaal, wanneer de doodsoorzaak op tuberculose, carcinoom of een venerische ziekte berust, schijnt, volgens Bruno (1925) de waarheid nogal eens ontweken te worden. We mogen daarom aannemen, dat de tuberculosesterftecijfers over het algemeen geen exacte waarden weergeven en veelal te laag zijn.

Het algemeene sterftecijfer in Frankrijk behoorde in het begin dezer eeuw, vergeleken met dat der voornaamste andere landen in Europa, tot de hoogste. In de jaren 1901—1931 treedt in alle landen een daling op. Zoo ook in Frankrijk. Echter is hier deze daling verreweg het kleinst, zoodat Frankrijk in 1931 duidelijk het hoogste sterftecijfer vertoont.

Tabel I geeft hiervan een beeld. Ze geeft de algemeene mortaliteit per 1000 inwoners in de jaren 1901, 1911, 1921 en 1931 in een negental landen van Europa. De daling, in percenten uitgedrukt, is berekend over de jaren 1901—1921, de jaren dus, in welke in Frankrijk de tuberculosebestrijding nog weinig werd beoefend en over de jaren 1921—1931, als Frankrijk deze intensiever ter hand gaat nemen. In de eerste periode is in Frankrijk de daling verreweg het kleinst, in de tweede periode is ze in Frankrijk groter dan in Engeland en Noorwegen, kleiner dan in de overige landen.

TABEL I.
Algemeene mortaliteit per 1000 inwoners.

	1901	1911	1921	1931	dalingen in procenten	
					'01-21	'21-31
Italië	22	21,4	17,5	14,1 ('30)	20%	19%
Duitschland	20,7	17,3	14,8	11,2	40%	24%
Frankrijk	20,1	19,4	17,7	16,4	11%	8%
Zwitserland	18,0	15,8	14,4	12,1	20%	16%
België	17,2	16,4	13,5	13,3 ('30)	22%	15%
Nederland	17,2	14,5	11,1	9,5 ('30)	35%	18%
Engeland	16,9	14,6	12,1	11,4	28%	6%
Zweden	16,8	13,8	13,3	11,7 ('30)	20%	12%
Noorwegen	14,9	13,2	11,4	10,8 ('28)	23%	5%

Volgens B r u n o berust dit hooge sterftcijfer voornamelijk op de hooge sterfte aan tuberculose en op de hooge zuigelingensterfte.

De sterfte aan tuberculose heeft in Frankrijk vrijwel hetzelfde beloop als de algemeene sterfte. In het begin dezer eeuw is het tuberculosesterftcijfer ongeveer even hoog als dat in Duitschland; dan volgt in alle landen een duidelijke daling, terwijl deze in Frankrijk pas na den eersten wereldoorlog begint. Wat de tuberculosebestrijding betreft heeft Frankrijk dus een achterstand van ongeveer 20 jaren in te halen.

Tabel II (zie blz. 41) geeft een duidelijk beeld van de tuberculosemortaliteit in Frankrijk, vergeleken met die in andere landen.

Tenslotte nog een enkel woord over de ontvolking in Frankrijk.

In alle landen is naast een daling van het sterftcijfer een daling van het geboortecijfer waar te nemen. Het verschil tusschen deze beide cijfers, het geboorteoverschot, bepaalt de jaarlijksche bevolkingstoename van een land. Wanneer we in tabel III de geboortecijfers der verschillende landen vergelijken, dan zien we, dat ook hier Frankrijk aan den lagen kant staat, ofschoon niet zoo uitgesproken als dit met de mortaliteit het geval is.

TABEL II.
Sterfte aan tuberculose per 1000 inwoners.

Landen	1901		1911		1921		1931		daling in % 1901-1921		daling in % 1921-1931	
	long-tub.	overige vormen	long-tub.	overige vormen	long-tub.	overige vormen	long-tub.	overige vormen	long-tub.	overige vormen	long-tub.	overige vormen
Nederland	1.37	0.56	1.18	0.38	0.94	0.32	0.56	0.20	8.45	24.45	36.48	26.27
Duitschland . . .	1.88	0.18	1.37	0.20	1.15	0.18	0.65	0.13	32.46	8.45	41.16	27.55
België	1.35	—	1.03	0.26	0.87	0.24	0.71	0.22	29.58	—	9.97	3.38
Frankrijk	1.91	0.40	1.80	0.37	1.57	0.34	1.31	0.20	17.43	17.01	7.02	33.81
Italië	1.11	0.60	1.05	0.65	0.96	0.41	0.80	0.27	1.18	19.59	9.76	20.61
Noorwegen . . .	1.97	0.56	1.77	0.42	1.58	0.41	1.20	0.26	4.65	13.60	16.50	30.84
Engeland, Wales	1.23	0.54	1.08	0.38	0.88	0.24	0.74	0.15	18.72	48.19	11.48	32.84
Zweden	—	—	1.54	0.35	1.26	0.29	1.04	0.21	—	—	13.96	26.005
Zwitserland . . .	2.002	0.67	1.63	0.52	1.27	0.43	0.94	0.27	29.08	30.61	20.50	27.62

Wat echter bij Frankrijk opvalt, is het lage geboorteoverschot, dat in het jaar 1911 zelfs negatief is (tabel IV). Dit lage geboorteoverschot wordt dus meer bepaald door het hooge sterftecijfer dan door het lage geboortecijfer; m.a.w. de geringe bevolkingstoename in Frankrijk is voor een zeer belangrijk deel het gevolg van de hooge sterfte (van 1881—1911 nam in Frankrijk de bevolking toe met 1.930.000 zielen, in Duitschland met 20.340.000, in Engeland met 10.096.000).

TABEL III.
Aantal geboorten per 1000 inwoners.

	1901	1911	1921	1931
Italië	32,5	31,5	30,4	24,9
Duitschland	35,7	29,5	26,0	16,0
Frankrijk	22,0	18,7	20,7	17,5
Zwitserland	19,1	24,1	20,8	16,7
België	29,4	22,9	21,9	18,4
Nederland.....	32,3	27,8	27,4	22,2
Engeland	28,5	24,3	22,4	15,8
Zweden	27,0	24,0	21,4	14,8
Noorwegen	29,6	25,6	24,4	16,3

TABEL IV.
Geboorteoverschot per 1000 inwoners.

	1901	1911	1921	1931
Italië	10,5	10,1	12,9	10,8
Duitschland	15,0	12,2	11,2	14,8
Frankrijk	1,9	-0,7	3,0	1,1
Zwitserland	11,1	8,3	6,4	4,6
België	12,2	6,5	8,4	5,1
Nederland.....	15,1	13,3	16,3	12,7
Engeland	11,6	9,7	10,3	4,4
Zweden	10,2	10,2	9,1	3,1
Noorwegen	14,5	12,4	13,0	5,5

In Frankrijk tracht men door verschillende maatregelen (propaganda, premies enz.) het geboortecijfer te verhoogen. Dit alleen zal dus volgens bovenstaande uiteenzetting niet voldoende zijn. Eveneens van groot belang zijn maatregelen op hygiënisch gebied, in het bijzonder op het gebied der tuberculosebestrijding en der kinderhygiëne, welke een daling der mortaliteit ten gevolge zullen hebben.

Samenvatting.

Hoewel het vraagstuk eener doelmatige tuberculoseprophylaxe na 1880 herhaalde malen een onderwerp van bespreking is geweest in de „Académie de Médecine” en hoewel dit college zijn standpunt aangaande dit vraagstuk steeds aan de regeering uiteenzette, is in Frankrijk vóór 1914 van overheidswege, noch van particuliere zijde, veel verricht op het gebied der tuberculosebestrijding.

Evenmin was de „Commission permanente de préservation contre la tuberculose”, in 1903 door de Regeering ingesteld om haar te adviseeren bij het invoeren van wettelijke maatregelen, in staat vóór 1914 veel te bereiken. Wel wist ze de oprichting van verschillende consultatiebureaux en van de weinige sanatoria, die Frankrijk telde, te beïnvloeden.

De eerste wereldoorlog gaf den stoot tot de oprichting van een (oorspronkelijk tijdelijke) tuberculosebestrijdingsorganisatie. De „stations sanitaires” dienden tot verpleging van tuberculeuze militairen, de „comités d’assistance” oefenden prophylaxe en nazorg in de betrokkene gezinnen uit.

Deze organisatie is de basis voor de na den oorlog in de meeste departementen ingevoerde tuberculosebestrijdingsdiensten. Met de invoering van deze diensten belast zich finantiëel en organisatorisch de Rockefeller Foundation. De diensten, die of rijks- of departementale- of particuliere instellingen zijn, oefenen de tuberculosebestrijding in al hare geleidingen uit.

Wat de wettelijke maatregelen met betrekking tot de tuberculose betreft, de Wet op de openbare gezondheid van 1902 rangschikt de tuberculose onder de facultatief aan te geven ziekten.

Tijdens den oorlog ontstaan de Wet op de consultatiebureaux (1914), — welke wet de financiering van de consultatiebureaux door de overheid regelt en zoowel van overheidswege als van de zijde van het particuliere initiatief consultatiebureaux tracht op te richten — en de Wet op de sanatoria (1919), die oprichting van minstens één sanatorium per departement eischt.

Herhaaldelijk is getracht verplichte aangifte in te voeren. In 1926 wordt een wetsontwerp ingediend tot aangifte van alle ziektegevallen van open tuberculose; de Tweede Kamer besluit daarop tot invoering van verplichte aangifte van sterfgevallen en van ziektegevallen bij verhuizing. De huisartsen besluiten deze verplichting te negeeren.

In 1946 wordt een wetsontwerp aangenomen, strekkende tot verplichte aangifte van alle gevallen van open longtuberculose.

Gedwongen isolatie is in Frankrijk niet mogelijk.

2. DUITSCHLAND.

Sanatoria.

In een tijd, waarin de geneeselijkheid der longtering als zeer dubieus wordt beschouwd en waarin ook de resultaten der diverse behandelingsmethoden met deze opvattingen overeenstemmen, poneert Hermann Brehmer in zijn proefschrift de stelling, dat de longtering geneeselijk is (1853). Hij grondt deze opvatting vooral op de ervaringen van Rokitsky, die bij secties in 90 % der gevallen genezen tuberculeuze processen vond.

Voortbouwende op deze meening sticht Brehmer in 1854 in de bergen van Görbersdorf zijn „Heilanstalt”, het eerste sanatorium. Zijn behandelingswijze omvat: rust, goede voeding, zuivere lucht en huidcultuur. Deze laatste bestaat in de voorzichtige toepassing van een koudwatergeneeswijze, uitgevonden door den Gräfenberger schaapherder Priesnitz.

Brehmer heeft succes met zijn behandeling en weldra is zijn sanatorium overbevolkt. Dat de inrichting ook wetenschappelijk op hoog

peil heeft gestaan, bewijst de opmerking van Flügge, dat in geen enkel laboratorium de geheele reeks van Koch's experimenten zoo uitgebreid en zoo grondig herhaald is als in het laboratorium te Görsdorf.

Ofschoon het voorbeeld van Brehmer spoedig navolging vindt en ook anderen, b.v. Dettweiler, sanatoria gaan oprichten, neemt de bouw toch geen groote vlucht, daar alleen de goed gesitueerden het verblijf in een dergelijke inrichting kunnen betalen.

Anders wordt het, als in 1884 de sociale verzekeringswetten van kracht worden en daarmede ook sanatoriumverpleging voor den arbeider mogelijk wordt.

Om een duidelijke voorstelling te krijgen van de rol, welke deze wetten bij de tuberculosebestrijding in het algemeen en bij de sanatoriumbehandeling in het bijzonder spelen, is een korte uiteenzetting ervan noodzakelijk.

Krachtens de „Reichsversicherungsordnung” is elke arbeider met een inkomen beneden een bepaalde grens, verplicht verzekerd tegen ziekte en invaliditeit. De tegen ziekte verzekerde arbeider heeft tijdens ziekte gedurende 13 weken recht op geneeskundige behandeling en medicamenten en op uitkeering van het halve loon. Ook kan de patiënt door de verzekering ter genezing naar een inrichting worden gezonden. De verzekering kan dit bevelen:

1. Indien de patiënt niet anders dan met schade voor hemzelf en voor zijn omgeving thuis kan worden verpleegd.
2. Als de ziekte besmettelijk is.
3. Als voor het stellen van de diagnose eenige tijd van observatie vereischt wordt.

Ook tijdens het verblijf van den patiënt in een inrichting geniet het gezin, zoo de patiënt kostwinner is, financiëelen steun. Ten slotte kunnen krachtens deze verzekering zoogenaamde bedreigden opgenomen worden in een inrichting, als bijv. contacten van openlijders. In een dergelijk geval werkt de ziekteverzekering dus met een prophylactisch doel.

Van grootere waarde voor de tuberculosebestrijding is de invaliditeitsverzekering. Behalve dat ze verplichte uitkeeringen verstrekt aan

hare verzekerden bij invaliditeit (het oorspronkelijke doel) bestaat de mogelijkheid dat deze verzekering ook bij ziekte hulp verleent om invaliditeit te voorkomen. Op de tuberculosebestrijding toegepast, komt deze bepaling hierop neer, dat de verzekering den tuberculoselijder de mogelijkheid biedt tot sanatoriumverpleging om invaliditeit te voorkomen. Daarnaast krijgt de verzekerde, indien hij kostwinner is, uitkeering voor het noodige levensonderhoud van zijn gezin.

Oorspronkelijk waren het alleen de lichte gevallen, voor welke de invaliditeitsverzekering preventief optrad, tegenwoordig strekt de preventie zich ook uit tot de meergevorderde. Eensdeels is dit een gevolg van de toeneming der mogelijkheden, welke de actieve therapie thans biedt bij de longtuberculose, waardoor vele lijders, die vroeger als ongeneeselijk werden gekwalificeerd, thans tot de geneeselijke mogen worden gerekend; anderdeels wordt thans meer het groote besmettingsgevaar ingezien, dat de open lijder voor zijn omgeving kan opleveren. Het is dus mede ter bescherming van de omgeving, dat de invaliditeitsverzekering open-lijders opneemt.

Verder kan de patiënt, na ontslag uit het sanatorium, op kosten der verzekering ter verdere genezing in een herstellingsoord of dagverblijf worden geplaatst.

Naast de algemeene sociale verzekeringslichamen (Reichs- und Landesversicherungsanstalten") bestaan er in Duitschland nog tal van speciale verzekeringen, die met de eerste parallel lopen, zooals de nationale verzekering voor ambtenaren, verzekeringen voor mijnwerkers, voor spoorwegpersoneel enz.

De duur van het verblijf in een sanatorium wordt niet geregeld door de verzekeringswetten. Gewoonlijk bedraagt deze niet meer dan 3 of 4 maanden. Historisch is het interessant te vermelden, dat B r e h m e r zijn patiënten zoo noodig jarenlang in het sanatorium behandelde.

Hebben de sociale verzekeringswetten het den arbeider en den kleinen middenstander dus mogelijk gemaakt sanatoriumverpleging te verkrijgen, het zijn vooral de verzekeringslichamen geweest, die de sanatoria hebben opgericht. Daarnaast heeft het particuliere initiatief veel bijgedragen tot het in het leven roepen van sanatoria, vooral in den tijd voor den eersten wereldoorlog, niet alleen doordat het de oprich-

ting en de exploitatie zelf ter hand nam, maar ook, omdat het door zijn voorbeeld andere instanties heeft opgewekt zich op dit terrein te be-geven. Vele van deze inrichtingen zijn later, wanneer ze van particu-liere zijde niet meer bekostigd konden worden, overgegaan in handen van de overheidsorganen, doch ook vele worden nog steeds gesub-sidiëerd door de particuliere liefdadigheid, zoo bijv. het bekende sana-toriumcomplex Hohenlychen, dat eigendom is van de sanatoriumver-eeniging van het Deutsche Roode Kruis.

De vereenigingen, op dit gebied werkzaam, zijn velerlei. We noemen bijv. speciale tuberculosebestrijdings- of sanatoriumvereenigingen, tu-berculosecomité's van het Roode Kruis of onderafdeelingen van groote vereenigingen op het gebied der particuliere liefdadigheid of van poli-tieke vereenigingen.

Behalve de verzekeringsinstellingen en het particuliere initiatief moeten ten slotte nog genoemd worden de steden en gemeenten, waarvan ver-schillende, ofschoon haar tuberculosebestrijdingswerk zich meer bezig houdt met de oprichting van consultatiebureaux en tuberculosezie-kenhuizen, sanatoria hebben opgericht voor haar inwoners.

Consultatiebureaux.

Dat de ontdekking van den tuberkelbacil niet onmiddellijk den stoot heeft gegeven tot een algemeene tuberculoseprophylaxe, zal geen ver-wondering wekken, als men bedenkt, dat het tijdstip van deze ontdek-king juist valt in den tijd van de opkomst der sanatoria, in een tijd dus, waarin men zijn volle aandacht had gevestigd op de resultaten der sa-natoriumbehandeling en in deze instellingen de tuberculosebestrijdings-organen der toekomst zag. Dit blijkt ook wel hieruit, dat het centrale orgaan der tuberculosebestrijding, dat in 1895 opgericht wordt, den naam draagt „Zentralkomit  zur Errichtung van Lungenheilst tten”. Wel paste men in dezen tijd in de sanatoria reeds prophylactische maatregelen toe, werd den patiënt de sputum prophylaxe geleerd, en werd bij ontslag de omgeving op een analoge wijze ingelicht, doch van een algemeene tuberculose-prophylaxe kon nog geen sprake zijn.

Langzamerhand wordt de behoefte gevoeld aan financiële hulp in die gezinnen, waarvan de kostwinner is opgenomen, en welke niet

krachtens de sociale verzekeringswetten steun genieten. Aan dezen steun wordt nu geleidelijk een tuberculose-prophylaxe voor het gezin verbonden.

Diverse organisaties, vereenigingen of instellingen, hetzij dat ze reeds bestaan, hetzij dat ze speciaal met dit doel opgericht worden, zien we op het terrein der prophylaxe haar werkzaamheid ontplooien. Als eerste inrichting moet hier genoemd worden het „Königliche Institut für Infektionskrankheiten” te Berlijn, dat een dienst opent, zich belastend met woningcontrôle en hygiënische voorlichting van den tuberculoselijder en van het gezin. Verder noemen we de „Vereine für Volksheilstätten und Schwindsuchtbekämpfung”.

Nog meer in de richting van de preventie gaat de arbeid van Pütter. Pütter, hoofd van de bouw- en gezondheidspolitie te Halle a.S., tevens directeur van de stedelijke armen- en weezenverzorging, was krachtens deze functies belast met het toezicht op pleeg- en weeskinderen, die hij thuis bezocht. Hij zag, waar zich in een gezin een geval van tuberculose voordeed, de noodzakelijkheid in van isolatie van den patiënt buiten het gezin, doch kon deze meestal niet verwezenlijken, omdat er in het stadsziekenhuis plaatsgebrek was. Hij trachtte nu de moeilijkheid op te lossen door isolatie van den patiënt in de woning, m.a.w. door hem een afzonderlijk bed en zoo mogelijk een afzonderlijke kamer te verschaffen. Door weezenverzorgsters, die door een arts opgeleid werden in de voornaamste beginselen der tuberculosebestrijding, werd huisbezoek verricht.

Zoo ontstond te Halle in 1899 de „Verein zur Bekämpfung der Schwindsucht”, een particuliere vereeniging onder voorzitterschap van Pütter en onder practische leiding van een arts. De vereeniging had haar wekelijksche spreekuren in de polikliniek der interne geneeskunde van de universiteit en liet door haar „huisbezoeksters” huisbezoek doen, hetwelk voorlichting van het gezin en het nemen van prophylactische maatregelen in de woning met zich meebracht.

Op voorbeeld van Pütter zijn, vooral onder invloed van von Leube en Fraenkel andere universiteitspoliklinieken (Berlijn, Bonn, Breslau, Greifswald, Marburg) algemeene tuberculosebestrijding gaan uitoefenen (woninghygiëne, volksofvoeding enz.).

Het Berlijnsche congres ter bestrijding der tuberculose van 1899 heeft den verderen stoot gegeven aan de ontwikkeling der tuberculoseprophylaxe. Het congres wees vooral op de noodzakelijkheid van volksopvoeding, van desinfectie van de woning, van isolatie van den lijder thuis, van de zorg voor het gezin (zoowel financieel als medisch) en van de opsporing der besmettingshaarden.

Zagen we, dat reeds in 1890 vele vereenigingen en organisaties zich op het terrein der tuberculosebestrijding gingen bewegen, waarbij de actie zich meestal beperkte tot steun en voorlichting van het gezin, het congres van 1899 heeft ten gevolge, dat genoemde instanties door middel van een hiervoor aangewezen arts haar programma gaan uitbreiden met het onderzoek van den lijder, advies voor behandeling en onderzoek der contacten om tot opsporing van den besmettingshaard te geraken.

In dit verband moet vooral de Badensche Vrouwenvereeniging genoemd worden, die, onder leiding van de Groothertogin van Baden de tuberculosebestrijding in haar programma gaat opnemen.

In 1903 wordt het eerste werkelijke consultatiebureau in Duitschland opgericht, uitgaande van het Charité-ziekenhuis te Berlijn.

Wanneer we de historische ontwikkeling der tuberculosebestrijding in de verschillende staten vergelijken, dan zien we, dat, na de ontdekking van den tuberkelbacil, overal ideeën omtrent de tuberculoseprophylaxe de overhand krijgen, welke culmineeren in de oprichting van het consultatiebureau.

Engeland is het eerste land, waar een consultatiebureau wordt opgericht, n.l. in 1887 te Edinburgh door Sir Robert Philip. We zien het daar verbonden aan het Royal Victoria Hospital for Consumption. Dan volgt België in 1900 met het consultatiebureau te Luik, opgericht door Malvoz; vervolgens Frankrijk in 1901 met het consultatiebureau van Calmette te Rijsel.

In Duitschland treft ons de meer geleidelijke ontwikkeling van de organisatie der prophylaxe, die ongeveer 1890 een aanvang neemt en leidt tot de oprichting van het Berlijnsche consultatiebureau in 1903.

De consultatiebureaux van België en Frankrijk hebben waarschijnlijk de oprichting der Duitsche in de hand gewerkt.

Zeer spoedig na de oprichting van het eerste consultatiebureau in Duitschland vaardigt het Pruisische Cultuurministerie een decreet uit, waarbij de oprichting van „Fürsorgestellen" aanbevolen wordt.

Overal in het land ziet men nu consultatiebureaux verrijzen en de hoop van K o c h , uitgesproken in zijn Nobelprijzrede in 1905, dat zich in de toekomst een dicht net van consultatiebureaux, de sterkste wapenen tegen de tuberculose, over alle landen zou gaan uitbreiden, schijnt in Duitschland spoedig verwezenlijkt te worden.

In 1904 telt het Rijk 42, in 1909 meer dan 2000 en in 1926 ongeveer 3000 consultatiebureaux. Deze cijfers zijn evenwel te geflatteerd, omdat we moeten bedenken, dat door de snelle toeneming vele bureaux van deskundige leiding en van goede uitrusting verstoken blijven, een euvel, waaraan, zooals wij zagen, ook de Fransche consultatiebureaux lijden. Sprekender zijn daarom de cijfers, ontleend aan het verslag der werkzaamheden der consultatiebureaux over 1930 '31, waarin we lezen, dat het aantal bureaux 1360 bedraagt. Hiermede worden die bedoeld, welke voldoen aan de eischen, gesteld door het „Zentral-Komitee". Het geheele aantal medici, aan de consultatiebureaux verbonden, bedraagt 2184. Hieronder zijn 91(!) gespecialiseerde artsen, die uitsluitend consultatiebureauwerk verrichten; 390 zijn specialisten, welke naast het consultatiebureauwerk ook ander werk doen. De rest bestaat uit gemeenteartsen, districtsartsen, ziekenhuisartsen en huisartsen.

Het is in Duitschland langen tijd een strijdvraag geweest, of de leider van het consultatiebureau een arts moet zijn of een niet-medicus. Volgens P ü t t e r was de ideale toestand die, waarbij een niet-medicus als leider fungeerde voor het financiële en het administratieve gedeelte, terwijl daarnaast een arts zelfstandig werkzaam was. Dikwijls zag men in Duitschland echter de geheele leiding in handen van een niet-medicus, terwijl de arts als het ware consulteerd optrad. In 1913 berust de leiding voor 59 % bij artsen. We zullen later zien, dat in de meeste staten, waar de consultatiebureaux wettelijk erkend zijn, als leider een arts wordt geëischt.

De eerste consultatiebureaux zijn meestal vrucht van het particuliere initiatief, in den vorm van vereenigingen tot bestrijding der tuberculose, vereenigingen voor sanatoriumverpleging enz. of bijv. in den

vorm van industriële ondernemingen of vereenigingen van spoorwegpersoneel. Naast het particuliere initiatief staan de gemeenten en steden, die consultatiebureaux oprichten. In 1930 bezit vrijwel elke stad een of meer consultatiebureaux. Verschillende Staten ook hebben krachtens hun tuberculosewetten consultatiebureaux opgericht. Als laatste groep noemen we nog de sociale-verzekeringslichamen, die of reeds bestaande consultatiebureaux financieel steunen, of henzelf gaan oprichten. Vele door het particuliere initiatief opgerichte consultatiebureaux, zijn na den oorlog in handen van de gemeenten overgegaan. In 1934 worden alle consultatiebureaux krachtens de wet „zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens” onderdeel van de „Staatsgesundheitsämter”.

„Zentral Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose.”

Het „Zentral-Komitee zur Errichtung van Lungenheilstätte” verandert in 1906 zijn naam in „Zentral-Komitee zur Bekämpfung der Tuberkulose”.

Het „Zentral-Komitee”, de verbindingschakel tusschen de verschillende organisaties en instellingen op het gebied der tuberculosebestrijding heeft zich in den loop der jaren vooral op de propaganda toegelegd. Het organiseert verder artsencursussen ter opleiding tot tuberculosearts en bevordert het wetenschappelijke onderzoek. Het verdeelt de subsidies voor de diverse vereenigingen en is het adviseerende lichaam voor de Overheid.

Een speciale commissie van het „Zentral-Komitee” is de Commissie voor de consultatiebureaux, opgericht in 1910, welke zich bezig houdt met de ontwikkeling dezer instellingen en de onderlinge samenwerking bevordert. Ze organiseert cursussen voor huisbezoeksters en aanvullende cursussen voor wijkverpleegsters. Sinds 1922 moeten de consultatiebureaux hun jaarverslagen bij deze commissie inzenden.

Sinds 1922 bestaat de „Gesellschaft deutscher Tuberkulosefürsorge-ärzte”, die met de reeds langer bestaande „Vereinigung der Lungenheilanstaltsärzte” samenwerkt.

Tuberculose-ziekenhuizen.

Bij de geleidelijke ontwikkeling, die het tuberculosebestrijdingswerk doormaakt, zien we, dat de vermindering der besmetting de grondgedachte wordt, waarop de organisatie gaat berusten en dat de opvatting van *Flügge*, die in de vernietiging der smetstof den voornaamsten factor zag, op het tweede plan geraakt. Het voornaamste middel om besmetting te voorkomen bestaat in isolatie van den lijder.

Ofschoon het doel van de sanatoriumverpleging oorspronkelijk was behandeling en niet isolatie van den lijder, bereikte men dit laatste er toch mee, zij het dan alleen met betrekking tot de minst gevaarlijke patiënten. Anders is het met de meer gevorderde gevallen, in casu de open-lijders, voor wie de sanatoriumbehandeling niet in aanmerking kwam.

De vraag, op welke wijze zij geïsoleerd moeten worden, is sinds het einde der vorige eeuw herhaaldelijk ter sprake gekomen. Reeds in 1899 wees *von Leube* in een bijeenkomst der stedelijke gezondheidscommissie te Berlijn op het groote belang van dit probleem. Hij stelde voor voor de open-lijders (ook voor de ongeneeselijken onder hen) tuberculoseziekenhuizen te bouwen in de omgeving van de stad. Met opneming in deze inrichtingen beoogde hij dus niet alleen behandeling, doch in de eerste plaats isolatie. Ook in een vergadering van den Rijksgezondheidsraad in 1904 werd het vraagstuk der besmettelijke lijders besproken en kwam men onder leiding van *Koch*, *Fraenkel* en *von Leube* tot de volgende conclusie: Voor gevorderde besmettelijke toringlijders is afzondering in speciaal daarvoor bestemde inrichtingen noodig. Dit kunnen zijn speciaal op te richten tuberculoseziekenhuizen of aparte tuberculoseafdeelingen of zalen in reeds bestaande ziekenhuizen. De eerste zijn meer bedoeld voor de groote steden, de tweede voor de kleine steden en voor het platteland. De Gezondheidsraad acht het onjuist, dat voor ongeneeselijke lijders en voor hen, die van tijd tot tijd nog weer tot licht werk in staat zijn, verschillende inrichtingen worden gebouwd. De ervaring heeft geleerd, dat de voor de ongeneeselijken opgerichte „Pflegeheime” spoedig het karakter gaan dragen van sterfhuizen en niet gewild zijn. De financiële lasten, die de isolatie van open-lijders meebrengt, moe-

ten door de steden of gemeenten worden gedragen, omdat er een algemeen belang mee wordt gediend.

In 1907 komt in een zitting van afgevaardigden uit het „Zentral-Komitee” de vraag naar voren: hoe kan men de in een vergevorderd stadium verkeerende tuberculoselijders uit de samenleving verwijderen? Zeer vele uiteenlopende meeningen worden geuit. De eindconclusie is, dat ongeneeselijke zieken niet in een sanatorium mogen worden ondergebracht, wegens plaatsgebrek en om financiële redenen. Ze moeten zoo lang mogelijk thuis verpleegd worden; is dit niet mogelijk, dan moet opname in een ziekenhuis volgen. De „Pflegeheime” worden verworpen.

Juli 1909 richt de Rijkskanselier een rondschrijven aan de verschillende Deutsche Staten, waarin o.a. nogmaals de aandacht wordt gevestigd op de conclusie van den Rijksgezondheidsraad in 1904 betreffende het isoleeren van besmettelijke tuberculoselijders. Naast afzondering dient naar een zoo goed mogelijke behandeling te worden gestreefd.

Volgens K o c h (1910) is het meest afdoende middel om de tering te voorkomen een zoo ruim en lang mogelijk verblijf der teringlijders in ziekenhuizen. Met tabellen toont hij aan, dat overal, waar dit plaats heeft, de tuberculosesterfte afneemt. Daar dit om financiële redenen niet verwezenlijkt kan worden, is een tweede belangrijke factor de woning en speciaal het slaapvertrek. Goede isolatie in de woning is volgens K o c h een der belangrijkste middelen bij de bestrijding der tuberculose.

Daar vele gevallen van longtuberculose, die eertijds tot de vergevorderde, zoo niet ongeneeselijke werden gerekend, thans, ten gevolge van de chirurgische therapie, tot de geneeselijke zijn gaan behooren, is het probleem van de isolatie der ernstige gevallen niet zoo omvangrijk meer als in het begin dezer eeuw. De situatie is heden ten dage zoo, dat er in de meeste Deutsche ziekenhuizen gelegenheid geschapen is voor afzonderlijke verpleging van besmettelijke lijders. In groote steden zijn bovendien aparte tuberculoseziekenhuizen, die open staan voor:

1. besmettelijke lijders, die thuis niet kunnen worden verpleegd;
2. patiënten, die wachten op plaatsing in een sanatorium, hetzij ten-

gevolge van plaatsgebrek, hetzij dat voor een juiste diagnose eenige tijd van observatie noodzakelijk is;

3. patiënten, die uit het sanatorium zijn ontslagen, maar nog niet geheel hersteld zijn.

Zooals duidelijk is, toonen deze tuberculoseziekenhuizen veel overeenkomst met het Fransche „sanatorium suburbain”.

Inrichtingen voor gedwongen afzondering.

In aansluiting aan de tuberculoseziekenhuizen moeten nog die inrichtingen worden besproken, waarin de mogelijkheid bestaat van gedwongen opneming van open-tuberculoselidmers.

De bakermat van deze inrichtingen is Thüringen, het land, dat, wat de tuberculosebestrijding betreft, sinds 1930 een vooraanstaande plaats onder de Duitsche staten inneemt. Sinds 1930 is de tuberculosebestrijding hier wettelijk geregeld in de verordening betreffende de bestrijding der besmettelijke ziekten, welke verordening bij de bespreking van de wettelijke bepalingen nader zal worden genoemd.

Niettegenstaande een goede sanatoriumbehandeling zag men dikwijls, dat een patiënt, hetzij wel of niet verplicht verzekerd, de kuur tegen advies afbrak, een handelwijze, die niet alleen den patiënt, doch ook de gemeenschap schade kan berokkenen. Verder kwam het voor, dat sanatoriumopneming geweigerd werd, terwijl toch verpleging thuis ontoelaatbaar voor de omgeving werd geacht, hetzij doordat de omstandigheden thuis een goede behandeling onmogelijk maakten, hetzij doordat de patiënt door zijn asociale gedrag de hem gegeven adviezen niet opvolgde. Deze feiten heeft men in Thüringen als een leemte in de organisatie der tuberculosebestrijding beschouwd en men heeft deze trachten aan te vullen door een bepaling in de genoemde verordening betreffende gedwongen opneming.

Eenige jaren na het in werking treden van de verordening voelde men de noodzaak van het oprichten eener isolatieinrichting. Men koos hiervoor een bestaand gebouwencomplex te Stadtroda, hetwelk dienst had gedaan als krankzinnigengesticht. De gebouwen zijn ingericht voor gedwongen afzondering (tralies voor de ramen) en

bezitten een afgesloten tuin. Aan het hoofd staat een psychiater, terwijl een tuberculosearts eens per week in consult komt.

De redenen van opneming zijn de volgende:

1. A- of antisociaal gedrag.
 2. Indien den patiënt op geenerlei wijze hygiënische begrippen zijn bij te brengen.
 3. Dakloosheid of bedelarij.
 4. Onvoldoende verzorging thuis of onmogelijkheid van isolatie thuis.
 5. Afbreken van de sanatoriumkuur, hetzij dat de patiënt tegen advies het sanatorium verlaat, hetzij dat hij disciplinair ontslagen wordt.
- Ook kan vrijwillige isolatie plaats vinden.

Bij verbetering van zijn gedrag kan de patiënt ontslagen worden.

De vrijwillig en onvrijwillig geïsoleerden genieten dezelfde behandeling. Geestelijk abnormalen worden niet opgenomen.

De gedwongen opneming geschiedt op bevel van den districtsarts, die dit bevel uitvaardigt op medische gronden.

De politie voert de maatregelen, noodig voor opneming, uit. Voor opneming is noodig de overlegging van:

1. een politioneele machtiging;
2. een bewijs, dat de kosten geregeld zijn;
3. een lijst met uitvoerige gegevens aangaande den patiënt, teneinde een maatstaf voor de behandeling te hebben.

Het is gebleken, dat per honderduizend inwoners ongeveer 1 à 2 verplichte isolaties voorkomen.

Bij de Rijksverordening op de besmettelijke ziekten van 1 December 1938 is de mogelijkheid van gedwongen isolatie voor geheel Duitschland gegeven. Sindsdien zijn er verscheidene dergelijke inrichtingen geopend.

Andere inrichtingen.

Als andere inrichtingen op het terrein der tuberculosebestrijding moeten worden gememoreerd: preventoria (voor scrophuleuze en bedreigde kinderen), vacantiëkoloniën, openluchtscholen, dagverblijven, welke alle, gelijk de sanatoria en de consultatiebureaux, opgericht zijn

en geëxploiteerd worden door de sociale verzekeringen, zoowel als door de gemeenten en steden, als door particuliere vereenigingen.

De sociale verzekeringen hebben zich vooral ook verdienstelijk gemaakt voor de indirecte tuberculosebestrijding door haar kapitaal te beleggen in den bouw van nieuwe woningen. Enkele steden leggen zich vooral toe op het bouwen van woningen, bepaaldelijk voor tuberculoselijders ingericht.

Wettelijke maatregelen.

„Gesetz betreffend die Bekämpfung gemeinfährlicher Krankheiten vom 30 Juni 1900 (Reichsseuchengesetz).”

Het groote gevaar, dat Deutschland eenige malen heeft bedreigd bij het optreden van verschillende uitheemsche besmettelijke ziekten (1871/72 pokken, 1892 cholera, 1897 in enkele havensteden pest) heeft ertoe geleid, dat het ontwerp voor deze wet, in 1893 opgesteld, den 30sten Juni 1900 aangenomen werd.

Deze wet eischt aangifte van vastgestelde, zoowel als van verdachte ziektegevallen en van sterfgevallen aan lepra, cholera, vlektyphus, gele koorts, pest en pokken. De arts moet de aangifte doen aan de politie, deze stelt den districtsarts ermede in kennis. Heeft deze de ziekte vastgesteld, dan neemt de politie de noodige maatregelen, bestaande in afzondering van den patiënt of van den verdachte en desinfectie van de woning en van de gebruiksvoorwerpen.

Strafmaatregelen worden toegepast op hen, die verzuimen de aangifte te doen en op hen, die gebruik maken van niet-gedesinfecteerde voorwerpen.

Tenslotte geeft de wet den Bondsstaten de vrijheid landelijke bepalingen in het leven te roepen voor de bestrijding van andere dan in het „Reichsseuchengesetz” genoemde besmettelijke ziekten.

Maatregelen ontstaan vóór 1914, ter bestrijding van besmettelijke ziekten.

Krachtens dit laatste wetsartikel zijn in vele staten van Deutschland tusschen 1900 en den eersten wereldoorlog wetten of verordeningen

in het leven geroepen met betrekking tot die besmettelijke ziekten, die niet in de wet van 30 Juni 1900 zijn opgenomen. Ook de tuberculose behoort hiertoe, uitgezonderd in de besmettelijke-ziektewet van Mecklenburg-Strelitz, welke de tuberculose er niet in opneemt.

De strekking van deze wettelijke voorschriften is ongeveer dezelfde als die van het „Reichsseuchengesetz”: aangifteplicht van ziekte- en sterfgevallen aan de politieautoriteiten met tot doel desinfectie van woning, beddegoed, kleding enz. De tuberculose wordt hierin, wat de bestrijding betreft, op één lijn gesteld met de overige besmettelijke ziekten, met die beperking, dat de meeste staten slechts dan aangifte van ziektegevallen (van long- en larynxtuberculose) eischen, indien de patiënt verhuist, hoogstens, indien de omstandigheden zoo zijn, dat de patiënt een gevaar voor zijn omgeving oplevert, terwijl van de sterfgevallen alleen de aangifte van long- en larynxtuberculose verplicht is.

Verplichte afzondering van tuberculoseliijders wordt in geen der wetten voorgeschreven.

De consultatiebureaux spelen in genoemde wettelijke bepalingen geen rol. Het zijn in dezen tijd nog instellingen, die niet wettelijk zijn erkend.

De aangiften aan de politie worden in sommige staten doorgegeven aan den districtsarts; Würtemberg maakt in zooverre een uitzondering, dat daar die gevallen, die een gevaar voor de omgeving zijn, moeten worden doorgegeven aan het consultatiebureau.

Wel oefenen de consultatiebureaux op eigen initiatief pressie uit op de aangifte teneinde te bereiken, dat de desinfectie zoo volledig mogelijk geschiedt. Eigenlijke prophylactische maatregelen, zooals wij ze thans kennen, worden in de besmettelijke-ziektewetten uit de periode voor den eersten wereldoorlog niet geëischt. Indien ze toch hier en daar werden toegepast, dan was het wederom op gezag van de consultatiebureaux, die begrepen, dat een enkele desinfectie, zooals de wetten eischten, bij een ziekte als de tuberculose weinig of geen prophylactische waarde had.

Het zou te ver voeren de wetten, uit deze periode, van elken staat afzonderlijk, te bespreken; genoeg zij een opsomming der staten waar deze wetten thans nog van kracht zijn. Braunschweig (1904), Oldenburg (1904, 1921), Bremen (1907, 1914), Ham-

burg (1910), Hessen (1910, 1912), Württemberg (1910, 1922), Bayern (1911), Baden (1911, 1917). De getallen geven aan het jaar, waarin de wet is ingevoerd, eventueel herzien of uitgebreid.

Wettelijke bepalingen, ontstaan na 1918.

Toen na den eersten wereldoorlog ook in Duitschland de sterfte aan tuberculose onrustbarend toenam, werd alom in den lande in deskundige kringen de behoefte gevoeld aan een rijkstuberculosewet, welker maatregelen in de eerste plaats gericht zouden zijn op de preventie. Het „Zentral-Komitee”, de vereeniging van sanatoriumartsen, de Vereeniging van Duitsche consultatiebureauartsen, en vele andere instanties, direct of indirect op het gebied der tuberculosebestrijding werkzaam, hebben plannen opgesteld voor een dergelijke wet.

Tweemaal, in 1920 en in 1923, diende de rijksregering een wetsontwerp in, doch beide keeren strandde dit, omdat de meerderheid der staten, in een tijd, waarin de financiële toestand van het land deplorabel was, de groote financiële lasten, welke een dergelijke wet mede zou brengen, niet op zich durfde nemen, te minder, daar het Rijk niet kon garandeeren in de kosten bij te dragen.

Zoo kwam het, dat verschillende staten ertoe overgingen zelf een tuberculosewet in het leven te roepen.

Het essentiële verschil met de vooroorlogsche groep is vooral gelegen in het doel van de aangifte, waarbij niet meer de desinfectie voorop staat, doch opsporing van de bron en voortdurende contrôle van de opgespoorde gevallen. De uitvoering hiervan wordt in handen gelegd van de consultatiebureaux, die hiermede tot officiële instellingen worden gemaakt, hoewel het meerendeel der wetten niet de oprichting van consultatiebureaux voorschrijft. De tuberculosewetgeving na den oorlog wil bemoeienis met den tuberculoselijder bewerkstelligen.

De wetten of verordeningen, die in deze groep thuis hooren, zijn niet alle specifieke tuberculosewetten. Vaak zijn het besmettelijke-ziekte-wetten met bijzondere bepalingen voor de tuberculose. Daar deze ech-

ter dezelfde strekking hebben als de eigenlijke naoorlogsche tuberculosewetten, dienen ze gezamenlijk te worden behandeld.

Achtereenvolgens ontstonden op deze wijze: de besmettelijke-ziekte-wet van Lippe-Detmold (1920, 1928), de Pruisische tuberculosewet (1923), de verordening van het Saargebied op de tuberculose (1923) de tuberculosewet van Mecklenburg-Schwerin (1924), de verordening van Schaumburg-Lippe betreffende de bestrijding der tuberculose (1924), de wet op de Wohlfahrtspflege van Saksen (1925), de Politieverordening van Anhalt betreffende de tuberculose (1927), de besmettelijke-ziekte-wet van Lübeck (1928), de verordening van Thüringen betreffende de bestrijding van de besmettelijke ziekten (1931).

Gezien het doel, dat door deze groep van wetten wordt nagestreefd, is het logisch, dat niet alleen aangifte van sterfgevallen aan long- en larynxtuberculose wordt geëischt, doch van sterfgevallen aan alle vormen van tuberculose. Het is immers bekend, hoe een sterfgeval aan tuberculeuze meningitis bijv. den weg kan wijzen naar een infectiebron.

Het meerendeel van bovengenoemde wetten eischt dan ook aangifte van sterfgevallen aan alle vormen van tuberculose; een uitzondering hierop maken de wetten van Pruisen, Lübeck en Saksen, welke alleen aangifte van sterfgevallen aan long- en larynxtuberculose voorschrijven.

Lang niet even ver gingen de diverse wetten in haar eisch van aangifte der ziektegevallen. Saksen blijft in dezen nog bij de vooroorlogsche wetten en schrijft slechts aangifte voor van die vormen van tuberculose, welke een gevaar voor hun omgeving opleveren. Lippe-Detmold en Mecklenburg-Schwerin voeren de aangifte het verst door en eischen, dat aangifte gedaan worde van tuberculose aller organen, zoowel van de besmettelijke als van de niet-besmettelijke vormen.

Anhalt bepaalt zich ook tot de tuberculose van alle organen, maar voert de beperkende bepaling „ansteckungsfähig” in, evenals Thüringen. Dit land beschouwt de ziekte als „ansteckungsfähig”, als aangenomen kan worden op grond van het klinische en röntgen-

ologische beeld, dat de patiënt bacillen afscheidt zonder dat deze nochtans zijn aangetoond.

L ü b e c k eischt aangifte van „ansteckungsfähige” long- en larynx-tuberculose.

In het S a a r g e b i e d en S c h a u m b u r g - L i p p e wordt aangifte van alle vormen van besmettelijke tuberculose geëischt.

P r u i s e n beperkt zich in de oorspronkelijke wet tot aangifte van besmettelijke long- en larynxtuberculose, terwijl in de uitvoeringsbepalingen ook aangifte van de waarschijnlijk open gevallen wordt geëischt. Dit waarschijnlijke dient uit het klinische beloop te worden opgemaakt.

De aangifte geschiedt niet meer aan de politie, doch rechtstreeks aan den districtsarts of het „Gesundheitsamt”, die de aangifte overbrengen aan het consultatiebureau. De politieverordening van A n h a l t kent nog alleen aangifte aan de politie. In S a k s e n geschiedt de aangifte aan het „Wohlfahrtamt”. In P r u i s e n mag rechtstreeks aan het consultatiebureau worden aangegeven, daar, waar geen consultatiebureaux zijn moet de aangifte plaats hebben bij den districts-arts.

Hoewel in de meeste wetten de consultatiebureaux dus officiëel erkend worden in zoo verre deze de instellingen zijn, waar de aangifte ten slotte terecht komt, bevatten niet alle wetten verplichtingen tot het oprichten van consultatiebureaux. In de P r u i s i s c h e wet bijv. wordt de oprichting aanbevolen, doch niet geëischt. Wel is dit het geval in T h ü r i n g e n . In M e c k l e n b u r g - S c h w e r i n is de oprichting door het „Wohlfahrtamt” verplicht; in L i p p e - D e t m o l d door het „Jugendamt”; in S a k s e n door „Jugend-” en „Wohlfahrtamt”. De beide eerste landen eischen een arts als leider van het consultatiebureau, L i p p e - D e t m o l d zelfs een tuberculosearts.

Gedwongen afzondering.

Naast algemeene prophylactische en sociale maatregelen worden in enkele wetten maatregelen betreffende verplichte isolatie voorgeschreven, welke wij hieronder letterlijk citeeren.

Lippe-Detmold:

„Solche Personen (dit zijn personen, die aan „ansteckungsfähige“ tuberculose lijden) haben sich jedoch einer Beobachtung durch die Tuberkulosefürsorgestellten ihres Bezirkes zu unterziehen. Sie haben in den Beratungsstunden für Tuberkulose auf Anordnung des Kreisarztes zu erscheinen, soweit sie nicht infolge ihres Zustandes daran verhindert sind. Alle geforderten Auskünfte sind Wahrheitsgemäsz zu geben. Die gegebenen Anordnungen sind genau zu befolgen. Die untersuchung der Kranken und aller Familienmitglieder und der mit den Kranken in häuslicher gemeinschaft lebenden Personen ist zu gestatten.

Bei mangelhafter Durchführung der zur Verhütung der Weiterverbreitung angeordneten Masznahmen kann die Ueberführung in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden”.

Dit houdt dus in verplichte komst van den lijder en van zijn contacten op het consultatiebureau voor onderzoek en verplichte opneming, wanneer de patiënt de voorschriften niet opvolgt of op kan volgen.

Mecklenburg-Schwerin:

„In fallen hochgradiger Gefährdung durch die Kranken können gesundheitspolizeiliche Anordnungen durchgeführt werden”.

Anhalt:

„Lorsqu'un tuberculeux ouvert refuse ou néglige de se conformer aux mesures prescrites contre la propagation de sa maladie, il peut être placé obligatoirement par autorité de police dans un établissement approprié”. (Daar de oorspronkelijke tekst ons slechts in het Franscher beschikking stond, citeeren wij op deze wijze).

Thüringen:

„Die Absunderung von Personen ist tunlichst in deren Wohnung durchzuführen. Ist dies nach den Verhältnissen nicht möglich, so ist zunächst durch gütliche Vorstellungen zu erstreben, dasz die abzusondernde Person sich freiwillig in ein Krankenhaus begibt.

Werden auf Erfordern des Gemeindevorstandes in der Wohnung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Artzes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen oder können sie nicht getroffen werden, so kann, falls der beamtete Arzt es für unerlässlich halt und der behandelnde Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Ueberführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen anderen geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden". (Deze bepaling komt letterlijk overeen met par. 14 van het „Reichsseuchengesetz"). Tevens eischt de verordening verplichte komst op het consultatiebureau, opgave van vermoedelijke besmettingsbronnen en van hun contacten.

S a a r g e b i e d :

„Zwangswise Einweisung widerspenstiger Kranken ins Krankenhaus kann angeordnet werden".

Reichsgesetz für Jugendwohlfahrt vom 9 Juli 1922.

Dit is een wet op de kinderbescherming in den ruimsten zin van het woord, welke als opgave heeft: bescherming van zuigelingen, van kleuters, van de schooljeugd (buiten het onderwijs) en van de jeugd na den schoolplichtigen leeftijd.

De instelling, die deze taak uitoefent, is het „Jugendamt", dat opgericht wordt door de gemeenten. Ook andere instanties, als „Wohlfahrtsämter", kunnen, indien de regeering van een land niet in zijn uitvoeringsbepalingen de oprichting van „Jugendämter" eischt, met het werk van deze laatste belast worden. Evenzoo kan het hygiënische gedeelte door de „Gesundheitsämter" worden verzorgd.

De beteekenis van deze wet voor de tuberculosebestrijding is deze, dat krachtens een harer bepalingen minderjarige kinderen, die aan een besmettelijke ziekte (waaronder ook tuberculose) lijden, in een inrichting kunnen worden opgenomen.

Verder heeft de districtsarts een adviseerende stem in het „Jugendamt", hetgeen, gezien de nauwe samenwerking van den districtsarts met het consultatiebureau, de tuberculosebestrijding ten goede komt.

Ten slotte kunnen vereenigingen, op het gebied der tuberculosebestrijding werkzaam, financiëlen steun aan de „Jugendämter” verleen.

Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht vom 13 Februar 1924.

Deze wet schrijft socialen, zoowel als financiëlen steun voor aan hem, die op een of andere wijze hulpbehoevend is geworden. Hieronder worden ook zij gerekend, die sanatoriumverpleging of verpleging thuis behoeven.

Het Burgerlijk Wetboek van 18 Augustus 1896.

Dit bevat de volgende bepaling, waarvan bij de tuberculosebestrijding gebruik gemaakt kan worden:

„Wird das leibliche Wohl des Kindes dadurch gefährdet, dasz der Vater das Recht der Sorge für das Kind misbraucht, das Kind vernachlässigt, so hat das Vormundschaftsgericht die zur Abwendung der Gefahr erforderlichen Masznahmen zu treffen.”

Hierdoor bestaat de mogelijkheid een vader, die voor zijn tuberculeus kind niet voldoende zorgt of die als lijder aan open tuberculose zijn kind in gevaar brengt, uit de ouderlijke macht te ontzetten.

De Pruisische verordening ter voorkoming van de verspreiding van besmettelijke ziekten op scholen van 9 Juli 1907.

Deze verordening heeft in de meeste Duitsche staten wettelijke bepalingen van dezelfde strekking doen ontstaan.

In al deze wettelijke voorschriften wordt aan het personeel en aan de leerlingen, die lijdende zijn aan openlong- en larynxtuberculose verboden de school te bezoeken. Verder wordt erop aangedrongen, dat personeel en leerlingen, die verdachte verschijnselen van long- en larynxtuberculose vertoonen, zich onder behandeling stellen van een arts.

In de overeenkomstige verordening van T h ü r i n g e n van 8 September 1930 is dit een verplichting geworden.

Ten slotte memoreeren we nog twee wetten, rechtstreeks betrekking

hebbend op de tuberculosebestrijding, welke dateeren uit den tijd van het Nationaal-Socialistisch regime.

Het zijn:

Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3 Juli 1934.

Krachtens deze wet wordt een deel der tuberculosebestrijding (opsporing en contrôle der lijders, contactonderzoek, advies tot de behandeling en het opvoeden der patiënten) onderdeel van het werk der „Staatsgesundheitsämter”, die dit werk door middel van hun consultatiebureaux uitoefenen, aan wier hoofd zoo mogelijk een tuberculosearts moet staan en wier aantal weer bepaald wordt naar de bevolkingsdichtheid en naar het aantal inwoners van een district. De bestaande consultatiebureaux, hetzij dat deze beheerd werden door een particuliere instelling, door de overheid of door een sociale verzekering, worden thans onderdeel van een „Gesundheitsamt”.

Het overige deel der tuberculosebestrijding (uitvoering der maatregelen, voorgeschreven door het consultatiebureau, nazorg enz.) blijft berusten bij de bovengenoemde instanties (particuliere vereeniging of instelling, overheidsinstelling, sociale verzekering).

Reichsverordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten vom 1 Dezember 1938.

Bij het in werking treden dezer verordening op 1 Januari 1939 wordt de wettelijke bestrijding der tuberculose in het geheele Duitsche rijk op dezelfde wijze geregeld.

Krachtens deze verordening moet aangegeven worden elk geval, elk verdacht geval (!) en elk sterfgeval aan besmettelijke long- of larynx-tuberculose, huidtuberculose of tuberculose van andere organen. De aangifte moet geschieden aan het „Gesundheitsamt”, dat de plaatselijke politie ermede in kennis stelt.

Gedwongen afzondering van tuberculoseliijders kan op voorstel van het „Gesundheitsamt” door de politie worden bevolen, indien de voorgeschreven maatregelen in de woning niet opgevolgd worden.

Samenvatting.

De bouw van sanatoria neemt in Duitschland na 1884 ten gevolge van het van kracht worden der sociale verzekeringswetten een groote vlucht. Omstreeks 1900 is de sanatoriumbehandeling nog de eenige wijze, waarop de strijd tegen den bacil gevoerd wordt. De sanatoria worden hoofdzakelijk opgericht en geëxploiteerd door de verzekeringsmaatschappijen, het particuliere initiatief en steden of gemeenten. De ontwikkeling der consultatiebureaux en daarmee de eigenlijke preventie neemt kort na 1900 een aanvang. Ze wordt zoowel door de overheid als door het „Zentral Komitee” intensief bevorderd. De meeste consultatiebureaux ontspruiten aan het particuliere initiatief; daarnaast zijn er, die gemeentelijke of stedelijke instellingen zijn. Het „Zentral Komitee” oefent toezicht uit op het beheer en op de werkwijze van vele consultatiebureaux. Het meerendeel heeft niet een tuberculospecialist als leider. In 1934 worden alle consultatiebureaux onderdeel van het „Staatsgesundheitsamt”.

De isolatie van den besmettelijken, meestal vergevorderden lijder is in het begin dezer eeuw vaak een punt van bespreking geweest. Zoo wel door het „Zentral Komitee” als van staatswege worden hiervoor aanbevolen tuberculoseziekenhuizen. De meeste groote steden hebben dergelijke inrichtingen. Kleinere steden en gemeenten hebben voor den vergevorderden lijder afdelingen van algemeene ziekenhuizen.

De eerste wettelijke maatregelen, de tuberculosebestrijding betreffend, zijn ontstaan in de periode 1900—1914 en wel naar aanleiding van de Rijkswet op de besmettelijke ziekten, welke aan de Bondsstaten de bevoegdheid geeft bepalingen in het leven te roepen ter bestrijding van besmettelijke ziekten, zoomede van de tuberculose. Deze bepalingen betreffen hoofdzakelijk de verplichte aangifte van sterfgevallen aan long- en larynx-tuberculose, zoomede van ziektegevallen, die een gevaar voor de omgeving zijn. Het doel hiervan is uitsluitend desinfectie. De aangifte moet geschieden aan de politie; het consultatiebureau speelt geen rol.

In tegenstelling hiermede zijn de wetten of bepalingen, die na den eersten wereldoorlog in vele Staten van kracht worden, bedoeld om preventieve maatregelen te nemen. De aangifte geschiedt niet meer

aan de politie, doch aan een medische instantie. Het consultatiebureau is het lichaam, dat belast is met de uitvoering en contrôle der preventieve maatregelen, volgend op de aangifte.

De aangifte van ziektegevallen gaat in deze nieuwe wetten verschillend ver. De meeste staten eischen aangifte van sterfgevallen aan alle vormen van tuberculose.

Een aantal staten voert door middel van bovengenoemde wettelijke bepalingen verplichte isolatie in. Het verst is dit doorgevoerd in Thüringen, het eerste land, dat een inrichting voor asociale tuberculoselijders opent.

Diverse wetten beschermen het kind tegen infectie met tuberculose. In 1938 wordt in het geheele rijk aangifte van elk verdacht geval van tuberculose verplicht gesteld en tevens in het geheele rijk de mogelijkheid van verplichte isolatie ingevoerd.

3. DENEMARKEN, ZWEDEN en NOORWEGEN.

Wanneer we de ontwikkeling der tuberculosebestrijding in elk der Scandinavische landen volgen, dan treft ons in velerlei opzicht een parallelisme.

Zoo zien we reeds vroeg in alle drie Staten een streven van deskundige zijde naar volksvoorlichting en volksopvoeding.

Volksvoorlichting.

Omstreeks 1870 tracht de Deensche arts S o p h u s E n g e l s t e d de bevolking van de geneeslijkheid der tuberculose te overtuigen, terwijl in de jaren kort na de ontdekking van den tuberkelbacil de Deensche artsenbond een vlugschrift tot een getal van 400.000 exemplaren verspreidt, waarin op populaire wijze wordt uiteengezet, hoe de infectie met tuberkelbacillen is te vermijden.

In Zweden schrijft het Algemeen Geneeskundig Genootschap in

1896 een prijsvraag uit voor een populair geschrift, dat een doelmatige tuberculosebestrijding geeft, terwijl het Noorsche Medische Congres in 1889 op initiatief van K l a u s H a n s s e n tot het uitgeven van een populair tuberculoseblad besluit.

Staatsbemoeiing.

Kenmerkend voor de drie landen is verder de vroegtijdige bemoeiing van den Staat met de tuberculosebestrijding, welke, vooral wat het financiële gedeelte betreft, uitgebreider vormen gaat aannemen dan in eenig ander land van Europa het geval is.

In 1892 draagt de Noorsche regeering den Hoofdinspecteur der Volksgezondheid op haar van advies te dienen inzake maatregelen, welke van staatswege moeten worden genomen voor een doelmatige tuberculosebestrijding. Het resultaat van deze opdracht is een wetsontwerp, waaruit in 1900 de Noorsche tuberculosewet ontspruit (herzieningen in 1925, '35, '36 en '43).

In Denemarken worden in 1897, in Zweden in 1904 de eerste wettelijke bepalingen op het gebied der tuberculosebestrijding van kracht, welke verplichte aangifte van sterfgevallen aan tuberculose inhouden, alsmede verplichte desinfectie van de woning na overlijden, op kosten van de gemeente.

In 1901 wordt in Denemarken een staatscommissie in het leven geroepen om richtlijnen aan te geven voor de bestrijding der ziekte. De commissie adviseert: verplichte aangifte van ziektegevallen, ontsmettingsmaatregelen op kosten van staat en gemeente, gelegenheid tot opname van schoolkinderen en onderwyzend personeel in sanatoria, ontslag met pensioen van aan tuberculose lijdende onderwijzers, het oprichten van volkssanatoria voor onvermogenen. Dit staatsrapport is aanleiding geweest tot het tot stand komen van de Deensche tuberculosewet van 1905 (herzieningen in 1912, '18 en '19).

Op initiatief van de Zweedsche Nationale Vereeniging tot bestrijding der tuberculose wordt in 1906 een Zweedsche staatscommissie benoemd met hetzelfde doel. Het rapport dezer commissie, dat in 1909 gereed komt, legt er vooral den nadruk op, dat het de vergevorderde tuberculoselijder is, welke als voornaamste besmettingsbron moet

worden beschouwd. Deze patiënten behooren uit hoofde van het gevaar, dat ze opleveren voor de gemeenschap, op staatskosten te worden verpleegd. De commissie beveelt daarom aan de oprichting van kleine tuberculoseziekenhuizen, bevattende 20 à 30 bedden; van afzonderlijke afdelingen in de plaatselijke ziekenhuizen en van groote tuberculoseziekenhuizen in de steden, welke inrichtingen alle ten doel hebben: opneming van tuberculoselijders, die in een vergevorderd stadium verkeerden.

Naar aanleiding van dit rapport neemt de Rijksdag in Mei 1908 het besluit om bij te dragen in de bouw- en exploitatiekosten van dergelijke inrichtingen en staatsgrond voor dit doel gratis af te staan.

De belangrijkste wettelijke maatregelen in de loop der jaren tot stand gekomen, zijn de volgende:

Verplichte aangifte van tuberculose.

Wat de aangifte van ziektegevallen betreft, zoo eischt de Deensche tuberculosewet verplichte aangifte van alle gevallen van long- en larynxtuberculose.

Noorwegen vraagt alleen aangifte van besmettelijke tuberculose van alle organen en van die gevallen, welke geacht moeten worden besmettelijk te zijn.

In Zweden moeten krachtens bepalingen van 1914, worden aangegeven die gevallen, welke de behandelende arts als een gevaar voor de omgeving beschouwt.

Met de uitvoering der prophylactische maatregelen, volgend op de aangifte, zijn de gezondheidscommissies belast, aan welke de aangifte moet geschieden.

Zoo kennen Denemarken en Noorwegen beide plaatselijke gezondheidscommissies, ingesteld bij de wetten van 1900, resp. 1860, wier taak is het beschermen der gezondheid, i. c. het nemen van maatregelen tegen besmettelijke ziekten.

Denemarken is dus het land, waar de verplichte aangifte het verst is doorgevoerd.

M a d s e n , H ö l m e n J e n s e n (1942) hebben de vraag gesteld

wat er in de practijk van de aangifte terecht komt. In de provincie Bornholm daalde het sterftcijfer aan longtuberculose van 1921 tot 1935 van 6.6 tot 2.8 per tienduizend; in dezelfde periode daalde het aangifte-cijfer van 9.5 tot 5.5; m.a.w. dit laatste daalde in verhouding minder. Hun conclusie is, dat het aantal aangiften in verhouding is toegenomen.

Voor Noorwegen berekent H a u s t e i n (1922), dat $\frac{3}{4}$ der aan te geven gevallen wordt aangegeven (1914—'17). H e i t m a n n (1931) deelt mede, dat in Noorwegen de verhouding sterftcijfer — aangifte-cijfer is als 1 : 2. Wanneer we met H e i t m a n n aannemen, dat één sterfgeval overeenkomt met drie gevallen van tuberculose, dan volgt hieruit, dat tweederde gedeelte van het geheele aantal open lijders wordt aangegeven.

Gedwongen isolatie.

De Deensche en Noorsche tuberculosewetten bevatten bepalingen betreffende gedwongen isolatie: de Deensche gezondheidscommissies hebben namelijk de bevoegdheid in te grijpen in gevallen van tuberculose met besmettingsgevaar, als dit bevorderd wordt door den aard van de huisvesting en in geval de voorschriften van de gezondheidscommissie niet worden opgevolgd. Deze maatregelen houden in opneming in een ziekenhuis. In geval van weigering om zich aan deze voorschriften te onderwerpen zal het besluit der gezondheidscommissie aan het oordeel van den Centralen Gezondheidsraad onderworpen worden.

Echter mag een zieke nooit gedwongen worden tegen zijn wil zijn werkzaamheden op te geven en, zoo hij gehuwd is, mag tegen den wil der echtgenooten het samenleven niet worden afgebroken.

Een ongeveer gelijkkluidende bepaling bevat de Noorsche wet; indien de voorzitter van de gezondheidscommissie den toestand van den patiënt of zijn huisvesting een gevaar acht met het oog op de verspreiding van de ziekte, zoo kan hij een dergelijk geval in de vergadering van de commissie brengen met de bedoeling de noodige maatregelen te nemen. Indien de patiënt of zijn omgeving de voorschriften van de gezondheidscommissie niet nakomen en het daardoor niet mogelijk

is de verspreiding van de ziekte tegen te gaan, kan de commissie besluiten den patiënt naar een ziekenhuis te zenden. Echtgenooten mogen echter niet tegen hun wil gescheiden worden.

Hoewel dus in Denemarken, zoowel als in Noorwegen, de mogelijkheid tot gedwongen isolatie bestaat, zij het dan met zeer beperkende bepalingen, wordt van deze mogelijkheid met zeer veel soepelheid en voorzichtigheid gebruik gemaakt. Toch beschouwt Heitmann (1931) deze maatregel als een van de steunpilaren van het antituberculeuze werk in Noorwegen, al moge hij hoofdzakelijk dienst doen als stok achter de deur.

In 1920 stelt Heitmann, sinds 1914 inspecteur der tuberculosebestrijding in Noorwegen, een ontwerp op voor een herziening van de wet. Hij wil o.m. de aangifteplicht uitgebreid zien tot alle gevallen van tuberculose en, zoo noodig, ook echtelieden tegen hun wil scheiden. Deze bepalingen worden echter bij de latere wetsherzieningen niet aangenomen.

Verdere wettelijke bepalingen.

De Scandinavische tuberculosewetten bevatten verder bepalingen met betrekking tot bescherming van het kind: voor het uitoefenen van de functie van min of kinderjuffrouw is een verklaring vereischt, dat de persoon in kwestie niet lijdende is aan tuberculose. Hetzelfde geldt voor personen, werkzaam in inrichtingen voor kinderen alsmede voor hen, die kinderen in gezinsverpleging nemen. Omgekeerd mogen geen tuberculeuze zuigelingen in inrichtingen worden opgenomen en mogen kinderen, die in gezinsverpleging worden gegeven, niet afkomstig zijn uit gezinnen, waarin een geval van tuberculose voorkomt. Aangifte van een vermoedelijk geval van tuberculose bij een leerling moet door den onderwijzer aan den arts geschieden. Bij een aanstelling als onderwijzer wordt een verklaring vereischt, dat de persoon niet lijdende is aan open tuberculose. In Noorwegen mag deze verklaring niet ouder zijn dan drie maanden. Tevens moet jaarlijks herkeuring plaats hebben. Wordt open tuberculose bij een onderwijzer geconstateerd, dan volgt ontslag met behoud van tweederde gedeelte van het salaris.

De Deensche wet schrijft verder isolatie voor van personen met besmettelijke tuberculose, die in inrichtingen (krankzinnigengestichten, gevangenissen, tehuizen voor ouden van dagen enz.) worden verpleegd.

Financiële steun van den Staat.

De financiële offers, welke van overheidswege worden gebracht aan de tuberculosebestrijding, zijn omvangrijk.

a. D e n e m a r k e n.

Zoo betaalt krachtens de Deensche tuberculosewet de Staat voor de opneming van „onvermogenen” $\frac{3}{4}$ van den verpleegprijs per dag. De rest wordt betaald door het ziekenfonds, de gemeente of door den patiënt zelf. Het begrip „onvermogen” is zeer ruim. De wet verstaat er onder: leden van ziekenfondsen en hun kinderen; personen, die door de kosten, welke de opneming meebrengt, in ernstige financiële moeilijkheden zouden geraken en personen, die krachtens hun levensomstandigheden lid van een ziekenfonds zouden kunnen zijn.

Naast dezen staatssteun aan inrichtingen in den vorm van een bijdrage in de kosten van verpleging per patiënt wordt jaarlijks een post op de begrooting uitgetrokken voor den bouw van inrichtingen. Verder draagt de Staat bij aan de subsidies voor de Plaatselijke Vereenigingen en steunt hij, tezamen met de gemeenten en particulieren, de consultatiebureaux. Vele gemeenten belasten zich voorts met het verleenen van steun aan het gezin gedurende het verblijf van den kostwinner in sanatorium of ziekenhuis.

b. Z w e d e n.

In Zweden heeft de Staat reeds zeer vroeg de tuberculosebestrijding met de daad gesteund. Als namelijk in 1897 het Zweedsche volk zijn koning Oscar II bij gelegenheid van diens 25-jarig regeeringsjubileum een nationaal huldeblijk aanbiedt in den vorm van een som gelds, stelt Z.M. dit jubileumfonds beschikbaar voor den bouw van drie volkssanatoria. Tijdens den bouw blijkt, dat de beschikbare som niet toereikend is. De Rijksdag besluit nu met algemeene stemmen het resteerende bedrag van staatswege te verschaffen. In 1910 stelt de

Staat voor de tweede maal een bedrag beschikbaar; ditmaal voor den bouw van een vierde volkssanatorium, bestemd voor rijksambtenaren. De drie eerstgenoemde sanatoria worden van particuliere zijde beheerd; van het vierde worden ook de exploitatiekosten door den Staat gedragen.

We vermeldde reeds, dat krachtens het besluit van Mei 1908 de Staat bij gaat dragen in bouw- en exploitatiekosten van inrichtingen voor prophylactische doeleinden. Door dit besluit verbond de Regeering zich gedurende 10 jaren en stond in dien tijd 10 miljoen kronen hiervoor af.

Belangrijke sommen worden sinds de reorganisatie van het consultatiebureauwezen in 1937 voor dezen tak der tuberculosebestrijding uitgetrokken: de totale uitgaven hiervoor bedroegen in 1937 twee miljoen kronen, waarvan de Staat de helft voor zijn rekening nam. Het overige wordt betaald door de provincie, de gemeente en de Nationale Vereeniging.

c. Noorwegen.

In Noorwegen geschiedt de verpleging, die uit prophylactisch oogpunt plaats vindt, voor $\frac{4}{10}$ gedeelte op kosten van den Staat, voor $\frac{6}{10}$ gedeelte door provincie en gemeente. Sinds 1920 draagt de Staat ook (voor de helft) in de verpleegkosten van curatieve gevallen bij.

Noorwegen, dat in 1921 $2\frac{1}{4}$ miljoen inwoners telde, gaf in dien tijd 5.2 miljoen kronen uit voor de tuberculosebestrijding, waarvan $1\frac{1}{2}$ miljoen kronen voor isolatie van gevallen in een vergevorderd stadium.

Inrichtingen.

Bij het bouwen van inrichtingen ter opneming van tuberculoselijdens heeft men in de Scandinavische landen in het begin het prophylactische doel op den voorgrond gesteld en de inrichtingen vooral bestemd voor het opnemen van patiënten in een vergevorderd stadium.

a. Denemarken.

Zoo heeft Denemarken zijn talrijke tuberculoseziekenhuizen, veelal stads- of gemeenteeigendom, oorspronkelijk alleen bedoeld als ver-

plegingsinrichtingen voor ongeneeselijke patiënten of voor patiënten in een vergevorderd stadium. Tegenwoordig hebben ze daarnaast een therapeutisch doel en worden patiënten in alle stadia opgenomen. In Kopenhagen heeft 70 % der sterfgevallen aan tuberculose in ziekenhuizen plaats. De Pfllegeheime of asylen zijn bedoeld voor isolatie van chronische patiënten, die niet zoozeer een echte kuur behoeven, doch in slechte sociale omstandigheden verkeerden, veelal alleenstaande menschen, die van tijd tot tijd nog lichten arbeid kunnen verrichten. Eigenlijke sanatoria werden ook in Denemarken reeds vroeg opgericht. Zoo werd in 1875 op initiatief van E n g e l s t e d het eerste zeehospitium voor kinderen opgericht, terwijl in 1901 Kopenhagen zijn eerste volkssanatorium stichtte.

Het totaal aantal bedden voor tuberculoselijders bedroeg in 1939 3967, d.i. 108 bedden per 100.000 inwoners, terwijl het in 1900 11 bedden per 100.000 inwoners bedroeg.

b. Z w e d e n.

In Zweden werd, zooals we zagen, reeds in 1904 door de staatscommissie de bouw van kleine tuberculose-ziekenhuizen aangeraden, eveneens bedoeld als inrichtingen ter opneming van vergevorderde lijders. In den loop der jaren zijn naast de tuberculose-ziekenhuizen in de groote steden, inrichtingen, die aan het hoofd een tuberculose-arts hebben, kleinere inrichtingen ontstaan met hoogstens 30 bedden in de omgeving van kleinere steden en op het platteland. Hier staat aan het hoofd een arts, die naast deze functie nog andere werkzaamheden verricht (huisarts, gemeentearts).

Naast de voornaamste bestemming, opneming van vergevorderde lijders, dienen ze ook als wacht- en observatieinrichting.

Daarnaast zijn er de sanatoria in hun diverse vormen, als inrichtingen voor longlijders, voor chirurgische tuberculose, zeehospitia enz.

Het aantal inrichtingen voor tuberculoselijders is in den loop der jaren dermate toegenomen, dat Zweden, hetwelk in 1919 bij een inwonertal van 5.850.000 in het geheel 6000 bedden ter verpleging bezat, in 1935 bij een weinig hooger inwonertal (6.250.000) ruim 10.000 bedden ter beschikking had. Uit opgaven over de verschillende jaren

blijkt, dat deze toeneming vooral op rekening van de sanatoria komt of, beter uitgedrukt, dat een deel der inrichtingen, dat vroeger onder de tuberculose-ziekenhuizen werd gerangschikt, thans valt onder de sanatoria. We zien dit bijv. duidelijk, als we de opgaven van 1919 en 1935 vergelijken:

	Aantal bedden	
	in 1919	in 1935
Sanatoria voor longtuberculose	460	6286
„ „ andere vormen	703	1327
„ „ alle vormen	—	601
Tuberculose-ziekenhuizen	4844	1790

Het aantal sanatoriumbedden is dus toegenomen, eensdeels omdat er meer inrichtingen zijn gekomen, doch niet minder, omdat de tuberculose-ziekenhuizen, wat inrichting, therapie en opneming betreft, in niets meer verschillen van de sanatoria en dus eigenlijk sanatoria zijn geworden, terwijl het oorspronkelijke doel van de tuberculose-ziekenhuizen (isolatie van den besmettelijken lijder) min of meer op den achtergrond is geraakt, zoowel door de meerdere mogelijkheid van verpleging thuis als door afneming van het aantal ongeneeselijken.

c. Noorwegen.

Voorals in Noorwegen heeft bij de tuberculosebestrijding van het begin af de idee der afzondering op den voorgrond gestaan, misschien naar analogie van de leprabestrijding, die hier door haar isolatiemethode zoo'n succes geworden is.

Bij het inwerking-treden der Noorsche tuberculosewet was er geen mogelijkheid tot opneming van besmettelijke tuberculoselijders. Wel waren er reeds enkele sanatoria. In 1897 werd namelijk een voormalig lepraziekenhuis als sanatorium ingericht, terwijl in 1902 het tweede sanatorium werd gebouwd, bekostigd uit een fonds voor leprabestrijding.

De Noorsche Vrouwenvereniging, die naast de Nationale Vereeniging zeer veel voor de tuberculosebestrijding heeft gedaan, begon in

1903 met de oprichting van de zoogenaamde verpleeg- of zusterhuizen, die louter bedoeld waren voor de verpleging van vergevorderde en ongeneeselijke gevallen. Ook niet-tuberculoselidrs werden opgenomen. Tengevolge van het geringe aantal artsen in dien tijd waren de verpleeghuizen practisch van medische hulp verstoken.

Door de geringe bevolkingsdichtheid en de verkeersmoeilijkheden waarmede Noorwegen heeft te kampen, was het op een groot aantal inrichtingen met weinig bedden (12—30) aangewezen.

In den beginne waren de verpleeghuizen niet populair. Doordat er niet anders dan ongeneeselijke patiënten opgenomen werden, kregen ze den naam van sterfhuizen. Ook hier heeft zich in den loop der jaren dezelfde verandering voltrokken als in Denemarken en Zweden en worden in de tuberculosehuizen ook geneeselijke gevallen opgenomen, o.a. patiënten, die op een sanatoriumbehandeling moeten wachten of die na een sanatoriumkuur nog een nabehandeling moeten ondergaan. De medische verzorging is verbeterd, een districtsarts uit de omgeving bezoekt één à tweemaal per week het huis; er wordt naar gestreefd om aan het hoofd van de huizen tuberculose-artsen te plaatsen. De tuberculosehuizen worden opgericht zoowel door den Staat, de steden, de plattelandsgemeenten als van particuliere zijde. Het aantal bedden bedroeg in 1931 2600, terwijl het totaal aantal bedden, dat der sanatoria inbegrepen, op 2.8 millioen inwoners 6222 bedroeg.

Particulier initiatief.

Ondanks de intense medewerking van den Staat op heel het gebied der tuberculosebestrijding is in de Scandinavische landen het particuliere initiatief allerm minst verflauwd. We denken aan de belangrijke bedragen, welke de verkoop van gelegenheidspostzegels, van geluks-telegrammen en van Mei- en Herfstbloem ten bate van de tuberculosebestrijding opbrengen. (In Gothenburg in Zweden werd in 1907 voor het eerst een bloemverkoopdag gehouden ten behoeve van de tuberculosebestrijding, welke vele andere landen als voorbeeld is gaan dienen).

We denken voorts aan de particuliere vereenigingen, die een zoo voor-

aanstaande plaats bij de tuberculosebestrijding innemen, namelijk de Nationale Vereenigingen ter bestrijding der tuberculose en de Zweedsche en Noorsche Vrouwenvereenigingen.

De drie Nationale Vereenigingen, die in groote trekken dezelfde werkzaamheden uitoefenen, (voorlichting en opvoeding der bevolking, het maken van propaganda, de opleiding van huisbezoeksters, het steunen van het experimenteele werk op het gebied der tuberculose) overtreffen de Nederlandsche verre in ledental. Zoo telde de Deensche Nationale Vereeniging (opgericht in 1901) in 1911 23.000 leden; de Zweedsche (opgericht in 1904) in 1909 22.000.

De Zweedsche Nationale Vereeniging heeft zich vooral de bescherming van het kind tot taak gesteld. Kinderen beneden de twee jaar uit gezinnen, waarin het besmettingsgevaar heerscht, kunnen door bemiddeling van de Zweedsche Nationale Vereeniging in gezonde gezinnen uitbestede worden; oudere kinderen worden in voor hen bestemde huizen geplaatst. In 1924 had Zweden 26 van dergelijke huizen met 523 plaatsen.

Een interessante proefneming, die èn sociaal-hygiënisch van belang is geweest èn een treffend licht heeft geworpen op de resultaten eener georganiseerde tuberculosebestrijding, is het werk, dat in 1915 door de Zweedsche Nationale Vereeniging werd begonnen in de provincie Norbotten, gelegen in het Noorden van Zweden, welke provincie bekend stond om de hooge sterfte aan tuberculose. Het gebied, waarover het onderzoek zich uitstreckte, bevatte 4 dorpen, tezamen met 2293 inwoners. De bevolking, bestaande uit kleine zelfstandigen en industriearbeiders leeft onder zeer moeilijke sociale omstandigheden. Ook de hygiënische toestanden zijn slecht. De woningen zijn vrij ruime houten gebouwen met drie of vier vertrekken, van welke slechts één in den langen winter bewoonbaar is en dat tevens als slaapvertrek dienst doet. De vensters hebben dubbele ramen, die nooit geopend worden en de familie, bestaande uit vele gezinsleden, slaapt in ééne bedstede. De voeding is van onvoldoende samenstelling.

De proef werd ingezet met het aankopen en inrichten van een huis, dat bestemd werd tot centrum voor de tuberculosebestrijding. Aan het hoofd stond een arts, bijgestaan door één, later door meer verpleeg-

sters. De bevolking werd op de hoogte gebracht van het doel van het onderzoek door het verspreiden van circulaire's. Dan volgt een geheel onderzoek, waaraan wordt deelgenomen door 1652 personen, d.i. 90 % van de bevolking en dat in 1908 geëindigd is. 199 Personen (d.i. 12 % van de onderzochten) bleken te lijden aan longtuberculose. 34 % hiervan, d.i. 4.1 % van de geheele bevolking, had open longtuberculose. Verder waren er nog 33 personen met tuberculose van de overige organen. Dit is in totaal 14 % van de geheele bevolking. Van de 355 families, waarover het onderzoek zich uitstreckte, hadden 156, d.i. 44 % tuberculose.

Nadat de haarden waren vastgesteld, begon de actieve campagne, bestaande in het geven van consulten en het verrichten van huisbezoek door arts en verpleegsters. Hierbij werd het gezin voorgelicht over preventieve maatregelen, over woninghygiëne, over doelmatige voeding enz. Voorts werden cursussen in huishoudkunde en kinderverzorging gegeven. In het centrale huis, dat als consultatiebureau dienst deed, werd voorts een afdeling voor gezonde kinderen uit tuberculeuze gezinnen ingericht, alsmede een isolatieinrichting voor gevorderde patiënten.

In 1926, dus 18 jaar na het onderzoek, werd een algemeene contrôle gehouden, waarbij een aanzienlijke daling in de mortaliteit en de morbiditeit van de tuberculose werd gevonden. Het onderzoek betrof thans 1834 personen, waarvan 142 met longtuberculose, d.i. 8 % m.a.w. een daling van 33 %. Een derde deel hiervan, d.i. $2\frac{1}{2}$ % van de totale bevolking, had open tuberculose; 9.5% van de onderzochten had eenigerlei vorm van tuberculose. Een vergelijking van de mortaliteit over de jaren 1911—'15 met die van 1921—'25 laat een daling van 28 % zien. Wanneer men bedenkt, dat het sterftcijfer in de districten, gelegen in de onmiddellijke omgeving van Norbotten gelijk gebleven of zelfs toegenomen is, dan kan geconstateerd worden, dat de tuberculosebestrijding in Norbotten tastbare resultaten heeft gehad.

Consultatiebureaux.

De ontwikkeling der consultatiebureaux geschiedde in de Scandinavische landen betrekkelijk laat. Dit is begrijpelijk, als men bedenkt,

dat er vele infectiebronnen uit de gezinnen in de tuberculose-ziekenhuizen werden geïsoleerd. In Noorwegen zijn de groote afstanden bovendien van invloed.

De consultatiebureaux, die of particuliere of gemeentelijke instellingen zijn, worden financieel gesteund door den Staat, de gemeenten en het particuliere initiatief.

In Zweden heeft in 1937 de Rijksdag besloten tot reorganisatie van het consultatiebureauwezen. Volgens dit nieuwe plan wordt in elke provincie een centraal consultatiebureau opgericht, voorzien van een moderne Röntgen-installatie en onder leiding van een specialist. Behalve deze centrale consultatiebureaux zal men in elk medisch district een districtsconsultatiebureau oprichten. Deze zijn bestemd voor huisbezoek, voor het nemen van maatregelen ten behoeve van het bedreigde kind enz.

Mortaliteit.

Wanneer we de tuberculosesterfte in de Scandinavische landen in den loop der jaren volgen en onderling vergelijken, dan staat van de drie landen Denemarken aan den top. Terwijl dit land in 1890 nog tot de landen met het hoogste sterftecijfer behoorde, namelijk 303 per 100.000 inwoners, staat het in 1939 het meest onderaan, namelijk met 35 per 100.000 inwoners. (Volgens opgaven van de U.N.R.R.A. is dit cijfer in de jaren der bezetting niet gedaald, doch gelijk gebleven).

Ook de algemeene sterfte daalde tusschen 1890 en 1939 als gevolg van de verbeterde hygiënische omstandigheden en der sociale wetgeving (toezicht op fabrieken, op kinderarbeid, woningwetten, levensmiddelencontrôle, zorg voor zuigelingen en kinderen, verplichte ziekteverzekering enz.).

De daling der sterfte aan tuberculose en die der algemeene sterfte gaan niet parallel, waarom men algemeen aanneemt dat de sterke daling der sterfte aan tuberculose op rekening moet worden gebracht van de intensieve tuberculosebestrijding, welke de laatste 50 jaar is toegepast. Een hoogere weerstand van den mensch of een verminderde virulentie van den bacil, welke ook dikwijls worden genoemd als mogelijke oorzaken van de snelle daling van het tuberculosesterftecijfer, komen volgens

K n u d F a b e r (1924) niet in aanmerking, omdat in dit geval in alle landen de curve een gelijkmatige daling moest vertoonen. En dit is niet het geval. In Denemarken, het land, waar zulke hooge offers worden gebracht voor de tuberculosebestrijding zien we de curve het snelst dalen.

Ook in Zweden en Noorwegen zien we het tuberculosesterftcijfer sneller dalen dan dat der algemeene sterfte. Zoo was in Noorwegen de algemeene sterfte over de jaren 1901—'05 117.5 per 100.000 inw., over 1929—'32 87.5; dat is een daling van 25 %. Het tuberculosesterftcijfer daalde in dezelfde jaren van 28.2 per 100.000 inw. tot 14.9; dat is 47 %.

In Zweden bedroeg de algemeene sterfte in 1901 160.5 per 100.000 inw.; in 1923 114; dit is een daling van 29 %. De sterfte aan tuberculose daalde in dezelfde jaren van 19.3 tot 11.2; dit is 42 %.

In Zweden en Noorwegen met hun geringe bevolkingsdichtheid is de sterfte aan tuberculose in de verschillende deelen van het land zeer ongelijk geweest in den loop der jaren.

N e a n d e r (1928) meent, o.a. uit opgaven van oude kerkelijke archieven, te mogen besluiten, dat de tuberculose in Zweden haar in-trede gedaan heeft in de jaren 1780—1830 en wel het eerst in Stockholm om zich vandaar via Zuid-Zweden naar het noorden uit te breiden. Omstreeks 1830 bereikte het sterftcijfer in Stockholm zijn hoogtepunt. In het noorden werd dit pas in 1880—'90 bereikt. Sedert de laatste 15 jaar is er in geheel Zweden een algemeene daling van het tuberculosesterftcijfer waar te nemen, welke daling echter het geringst is in streken als Norbotten enz., die een eeuw geleden nog in een bevoorrechte positie verkeerden.

In Noorwegen zien we een overeenkomstig verloop van de sterfte aan tuberculose. Ook hier worden in het begin van de 19de eeuw voor het eerst sterfgevallen vermeld. In Oslo bijv. voor het eerst in 1826. Ongeveer 1850 wordt in het zuiden van het land de ziekte algemeen, terwijl dan in de noordelijke provincies, als bijv. Finmarken, de ziekte nog zeldzaam is, ofschoon er rekening mede moet gehouden worden, dat in deze provincies toentertijd zelden medische hulp werd ingeroepen en de mortaliteit dus stellig hoger zal zijn ge-

weest dan opgegeven wordt. In Oslo heeft omstreeks 1870 de mortaliteit haar hoogtepunt bereikt en zien we een neiging tot dalen. In het noorden zet dan een geleidelijke toeneming in, die doorgaat tot de jaren 1912—'16.

Onderstaand tabelletje geeft van het verloop der mortaliteit in het zuiden (Oslo) en in het noorden (Finmarken) over een halve eeuw een beeld.

Sterfte aan tuberculose per 100.000 inwoners.

	1866—'70	1891—'95	1912—'16
Oslo	35—45	30—35	15—20
Finmarken	20—25	30—35	35—45

Samenvatting.

Kenmerkend voor alle drie landen is de vroegtijdige overheidsbemoeiing, die reeds voor 1900 een aanvang neemt. Deze omvat in de eerste plaats den uitgebreiden financiëlen steun bij den bouw en de exploitatie van sanatoria en andere inrichtingen, zoomede subsidie voor de verpleging van den lijder in inrichtingen.

In de tweede plaats zijn in den loop der jaren een aantal wettelijke maatregelen ingevoerd, die voornamelijk betrekking hebben op de bescherming van het kind, de verplichte aangifte van ziekte - en sterfgevallen aan tuberculose en de verplichte isolatie.

In Denemarken en Noorwegen zijn al deze maatregelen samengevat in tuberculosewetten, resp. dateerend van 1905 en van 1900. Zweden heeft sinds 1908 verschillende afzonderlijke wettelijke bepalingen ingevoerd, betrekking hebbend op de tuberculosebestrijding.

De verplichte aangifte van ziektegevallen omvat in Denemarken aangifte van alle gevallen van long- en larynxtuberculose; in Noorwegen van besmettelijke tuberculose van alle organen; in Zweden van die gevallen, die door den arts als een gevaar voor de omgeving worden beschouwd. Het doel der aangifte, die door den arts aan de gezondheidscommissie geschiedt, is in alle drie landen het uitoefenen van prophylactische maatregelen.

Gedwongen isolatie kan in Denemarken en in Noorwegen worden toegepast, als de voorschriften van de gezondheidscommissie niet worden opgevolgd.

In beide landen geldt de beperkende bepaling, dat echtgenooten tegen hun wil niet mogen worden gescheiden en dat de patiënt tegen zijn wil zijn werkzaamheden niet behoeft op te geven. In beide landen wordt de gedwongen isolatie als een belangrijke prophylactische maatregel beschouwd, daar deze vrijwel uitsluitend als stok achter de deur werkt.

De inrichtingen (verpleeghuizen, tuberculoseziekenhuizen, sanatoria) dragen vooral in het begin het karakter van isoleerinrichtingen voor vergevorderde gevallen, later staat de behandeling meer op den voorgrond. Dikwijls zijn het inrichtingen, opgericht en geëxploiteerd van overheidswege.

Het consultatiebureauwezen ontwikkelt zich in de Scandinavische landen laat.

Het particuliere initiatief beweegt zich door middel van de Nationale Vereenigingen vooral op het gebied der propaganda en op het gebied van het wetenschappelijke onderzoek.

4. ZWITSERLAND.

Sanatoria.

In het laatste decennium der 19e eeuw, als de resultaten der openlucht-behandeling in een gezond klimaat (Görbersdorf) bekend worden, gaat zich in Zwitserland een beginnende tuberculosebestrijding afteekenen. Ter gelegenheid van het eeuwfeest der stad Bern in 1891 wordt besloten een volkssanatorium op te richten, dat vier jaar later geopend wordt. Het is het eerste Zwitsersche volkssanatorium (te Heiligenschwendi, op 1130 M. hoogte).

Spoedig hierop verspreidt zich de gedachte de tuberculose te gaan bestrijden ook in andere kantons, zich uitende in het oprichten van

genootschappen, vereenigingen, het vormen van commissies, welke alle hetzelfde doel nastreven: de oprichting van volkssanatoria voor onvermogene lijdens.

In 1891 werd door de Schweizerische gemeinnützige Gesellschaft een commissie benoemd met het doel na te gaan op welke wijze de besmettelijke ziekten, inzonderheid de tuberculose, zijn te bestrijden. Deze commissie stelde in 1894 met behulp van den bekenden klinicus T u r b a n de regels op voor het oprichten van sanatoria voor longlijders in Zwitserland, bestemd als gids voor bovengenoemde vereeniging. Ook ondersteunde genoemde vereeniging den „Oproep aan het Zwitsersche volk voor den bouw van sanatoria voor arme tuberculoselijdens”, uitgaande van den predikant W. B i o n te Zürich, den stichter van de vacantiëkolonies.

Andere steden volgen het voorbeeld van Bern en in 1910 telt Zwitserland 11 volkssanatoria voor volwassenen en 3 voor kinderen. Ofschoon de oprichtingskosten ongeveer 6 millioen Zw. francs hebben bedragen, werd dit bedrag voor het grootste gedeelte bijeengebracht uit particuliere giften.

Naast de volkssanatoria worden nog enkele sanatoria voor beter gesitueerden opgericht, alsmede door andere nationaliteiten de sanatoria te Davos (Engeland, Nederland, Duitschland).

Particulier initiatief.

Was al in het begin de tuberculosebestrijding geheel ingesteld op de sanatoriumkuur, langzamerhand wint de gedachte veld, dat de organisatie der tuberculosebestrijding een ruimer arbeidsterrein moet omvatten. Toen dan ook in Februari 1902 de Internationale Vereeniging werd opgericht, was ook in Zwitserland de tijd rijp voor een meer algemeene actie tegen den tuberkelbacil en was het voor de hand liggend, dat nog in November van hetzelfde jaar de Zwitsersche Centrale Commissie ter bestrijding der tuberculose werd gevormd (later wordt de naam veranderd in „Centrale Vereeniging”) met als voornaamste punten op haar program: volksopvoeding, bescherming van het kind tegen de infectie, het nemen van indirecte bestrijdingsmaatregelen, verbetering der voeding, woninghygiëne enz.

De vereenigingen, die oorspronkelijk alleen bedoelden de oprichting van sanatoria, gaan haar programma's ook in bovengenoemde richting uitbreiden; zelfs vereenigingen met algemeene strekking, als de Vereeniging tot Nut van het Algemeen, vrouwenvereenigingen, afdelingen van het Roode Kruis, nemen de tuberculosebestrijding in haar programma op. Daarnaast stellen zij zich veelal ook tot taak het bouwen en exploiteeren van volkssanatoria en van inrichtingen voor kinderen.

Consultatiebureaux.

Het zijn vooral de stedelijke afdelingen van de vereenigingen tot bestrijding der tuberculose, van het Roode Kruis en van de vrouwenvereenigingen, die consultatiebureaux gaan oprichten. Het eerst verrijst het consultatiebureau te Neuchâtel, in 1925; spoedig volgen vele andere steden. De werkwijze der consultatiebureaux is in groote trekken dezelfde als bij ons. In de kleinere steden en op het platte land is het de Vereeniging voor tuberculosebestrijding, die maatregelen neemt: ze verleent zoo noodig haar steun in den vorm van voeding en huisvesting, verricht ontsmettingen, zendt bedreigde kinderen naar preventoria, vacantiëkolonies of naar gezinnen op het land en oefent contrôle uit op patiënt en omgeving. De wijkverpleegster is hierbij de spil, waarom alles draait. De contrôle berust bij een huisarts.

In 1937 bezit Zwitserland 379 dergelijke instellingen (eigenlijke consultatiebureaux en tuberculosebestrijdingsvereenigingen).

Van de overige inrichtingen op het gebied der tuberculosebestrijding moeten worden genoemd tuberculoseafdelingen in algemeene ziekenhuizen, inrichtingen voor heliotherapie (Leysin), vacantiëkolonies, preventoria, boschscholen. Aan het sanatorium te Leysin is een nazorgkolonie verbonden.

Was in Zwitserland in 1910 per 3000 inwoners ongeveer één sanatoriumbed beschikbaar, in 1941 bedroeg het aantal volkssanatoriumbedden 4470 (waarvan 1173 voor kinderen), d.i. *meer* dan één bed per 1000 inwoners.

Wettelijke bepalingen.

We zien dus, dat het in Zwitserland het particuliere initiatief is, hetwelk den weg heeft gebaad voor een georganiseerde tuberculosebestrijding.

Vóór 1913 kan men overheidsbemoeyenis op het gebied der tuberculosebestrijding slechts verwachten van de zijde der kantons en der gemeenten, aangezien de grondwet aan het Eedgenootschap het recht van wetten uit te vaardigen op het gebied van besmettelijke ziekten alleen toekent ten tijde van epidemieën. Wel dateeren uit dezen tijd verschillende confederale wetten en verordeningen, die indirect met de tuberculosebestrijding in verband staan, als het spuwverbod in openbare vervoermiddelen en wachtkamers; voorschriften om besmetting door voedingsmiddelen te voorkomen; het hygiënisch toezicht op fabrieken en werkplaatsen e.a.

Eigenlijke wettelijke voorschriften, de tuberculose betreffend, vinden we het eerst in de steden Lausanne en Zürich, resp. in 1895 en '96, waar verplichte desinfectie van de woning na overlijden of verhuizen van lijders aan besmettelijke ziekten ook geldend wordt in gevallen van tuberculose.

In 1900 besluiten de gemeenten Davos en Arosa, in 1903 die van Leysin, tot verplichte aangifte van sterfgevallen aan tuberculose of van ziektegevallen bij verhuizing, zoomede tot verplichte desinfectie van de woning en het meubilair.

In de jaren 1900—'10 worden zoo in vele kantons (Graubünden, Neuchâtel, Bern, Zürich, Luzern, Schaffhausen, Glarus) wettelijke bepalingen en verordeningen in het leven geroepen, welke in groote trekken alle dezelfde strekking hebben.

Zoo bevat de tuberculosewet van Bern, die in 1908 door een volksstemming werd goedgekeurd, de volgende bepalingen:

1. Van staatswege wordt steun verleend aan inrichtingen, waarin tuberculoselijders worden verpleegd, zoowel wat den bouw, als wat de exploitatiekosten betreft; verder aan vereenigingen, die op een of andere wijze de tuberculose bestrijden. De grootte van deze subsidie wordt jaarlijks vastgesteld.

2. Van staatswege wordt door volksopvoeding en door onderwijs in de opleidingsscholen voor onderwijzers de kennis van het wezen der tuberculose verbreid.
3. Verplichte aangifte van ziektegevallen, indien volgens den arts de omgeving ernstig bedreigd wordt; voorts van alle gevallen in openbare inrichtingen; van gevallen bij personen, die krachtens hun beroep in gemeenschap met andere personen leven en bij hen, die in een onhygiënische woning huizen.
4. Verplichte aangifte bij overlijden of bij verhuizen.
5. Desinfectie van woning en gebruiksvoorwerpen na overlijden of na verhuizing (kosteloos bij on- en minvermogenden).
6. Verplichte keuring bij vermoede longtuberculose van personen, die met de opvoeding der jeugd zijn belast of die krachtens hun beroep in aanraking komen met levensmiddelen.
7. In openbare gebouwen moeten spuwbakken worden geplaatst.
8. Het bacteriologische instituut der universiteit te Bern wordt aangewezen als de inrichting, waarin gratis sputumonderzoek kan plaats vinden.
9. Van gemeentewege moet toezicht worden gehouden op de leefwijze van den tuberculoselidder. In dit verband moet de oprichting van consultatiebureaux worden bevorderd.

Ofschoon bovengenoemde kantons hun goeden wil betoonden door het in het leven roepen van wettelijke maatregelen, toch was het voor verscheidene van hen moeilijk een dergelijke tuberculosebestrijding te bekostigen. Daar eigen maatregelen bovendien slechts door een derde deel der kantons werden voorgeschreven, zag men de noodzakelijkheid in van tusschenkomst van den Bondsraad.

Deze diende in 1909 een wetsontwerp in, bevattend een grondwetsherziening, waardoor het Eedgenootschap meer te zeggen zou krijgen in den strijd tegen ziekten van mensch en dier. Dit ontwerp is begin 1913 met weinig verandering aangenomen door de Assemblée fédérale en eenige maanden later door het volk. De tekst luidt als volgt: „De Confederatie kan wettelijke maatregelen nemen tegen besmettelijke ziekten, sterk verbreide ziekten en bijzonder gevaarlijke ziekten van mensch en dier.” Op deze wijze was de mogelijkheid voor een Confe-

derale tuberculosewet geschapen. Het ontwerp-wet wordt in 1920 ingediend en 13 Juni 1928 aangenomen. 4 Januari 1929 volgt een decreet, dat de subsidies regelt, terwijl 20 Juni 1930 het besluit tot uitvoering der wet genomen wordt.

De Zwitsersche tuberculosewet heeft speciale eigenaardigheden, die uitvloeisel zijn van de politieke situatie van het land. De 27 kantons, waaruit Zwitserland bestaat zijn politiek en administratief autonoom.

De federale regeering kan een algemeen werkplan geven, hygiënische en prophylactische maatregelen aan de hand doen, de toepassing blijft echter toevertrouwd aan de kantons. Deze kunnen het algemeene plan uitbreiden, maar dan is voor die uitbreiding de goedkeuring van den Bondsraad noodig. In 1934 waren in alle kantons reglementen van uitvoering voor de tuberculosewet vastgesteld.

Met de toepassing en uitvoering der wet is belast de Dienst der Volksgezondheid van het Federale departement van Binnenlandsche Zaken. Deze Dienst heeft weer een Federale Tuberculosecommissie samengesteld, wier taak is hem van advies te dienen inzake kwesties, de toepassing der wet betreffend. Deze Commissie bestaat uit vertegenwoordigers van de Federale en Kantonnale bestuursautoriteiten, die belast zijn met de toepassing der wet en van vereenigingen, die zich bemoeien met tuberculosebestrijding, ook van artsenvereenigingen en van ziekenkassen.

Het Eedgenootschap, de Kantons en de Gemeenten, aldus art.1 van de Wet, passen met behulp van de vereenigingen, die de tuberculosebestrijding beoefenen, de Wet toe. Het is dus niet zoo, dat de Wet de tuberculosebestrijding louter als een staatszaak beschouwt, integendeel, ze geschiedt door samenwerking van regeering en particulieren.

Art. 2 van de Wet behandelt de verplichte aangifte. De arts is gehouden de tuberculose aan te geven in alle gevallen, waarin het karakter van de ziekte en de omstandigheden van den patiënt gevaar voor anderen opleveren. De uitvoeringsbepalingen rekenen tot deze gevallen de open lijders, die

a. in een ongezonde woning huizen of in een woning, die zoo klein is of zooveel gezinsleden bevat, dat zij hun slaapkamer met anderen, in het bijzonder met kinderen, moeten deelen.

- b. in direct contact verkeerden met leerlingen van scholen, met de jeugd in opvoedingsinrichtingen, kinderbewaarplaatsen en dgl.
- c. ingeschakeld zijn bij de productie, fabricage of den verkoop van levensmiddelen.
- d. een beroep uitoefenen, dat hen in direct en geregeld contact met andere personen brengt.

Dit alles slaat ook op die gevallen, waarin, zonder dat bacillen zijn aangetoond, de toestand van den patiënt en de klinische symptomen nochtans van dien aard zijn, dat de arts hem als gevaarlijk voor anderen moet beschouwen.

Bij de aangifte moeten tevens de maatregelen genoemd worden, die de arts noodzakelijk acht voor de bescherming van den patiënt en van zijn omgeving.

De aangifte moet geschieden aan het orgaan of de instantie, belast met de contrôle op de uitvoering der maatregelen.

Behalve bovenbedoelde ziektegevallen zelf, moeten worden aangegeven:

1. de verhuizing van den tuberculoselidder;
2. het ontslag van een patiënt uit een inrichting;
3. alle sterfgevallen aan tuberculose;
4. door den Gezondheidsdienst van het Departement van Oorlog alle gevallen, die in het leger worden ontdekt.

De kantonale instanties, aan welke de aangifte moet geschieden, geven wekelijks de nieuwe gevallen op aan den Federalen Dienst der Volksgezondheid.

Met welk doel hebben de aangiften plaats?

De instantie, bij welke aangegeven wordt, gaat na welke maatregelen toegepast moeten worden ter preventie. Zij geeft aan de tuberculosebestrijdingsorganisaties op, bij welke patiënten preventieve maatregelen moeten worden toegepast en waar sociale hulp noodig is.

Volgens art. 2 wordt dus de beoordeeling, of aangifte moet geschieden voor een groot deel aan den arts overgelaten. Het aantal aangiften is dan ook in de diverse kantons zeer verschillend.

B a c h m a n n (1935) hoopt, dat de aangiften zullen toenemen. Immers ook onder de goed gesitueerde patiënten komen gevallen voor, waarin bij een goede prophylaxe, die toch het doel van de aangifte is, verdere infectie had kunnen worden voorkomen. B a c h m a n n wil de aangifte uitbreiden met beginnende gevallen, omdat er dan meer voor de lijders gedaan kan worden.

De Zwitsersche wet vermijdt zoo veel mogelijk dwangmaatregelen. In de groote meerderheid der gevallen volgen, aldus Bachman, de patiënt en zijn gezin gemakkelijk de voorschriften op.

In 1933 werd er in een bijeenkomst van de Federale Tuberculose-commissie op gewezen, dat gedwongen afzondering van asociale lijders kon worden toegepast krachtens art. 3 van de Federale wet, hetwelk luidt: de kantons zorgen voor het nemen van alle maatregelen, die noodzakelijk zijn ter voorkoming van tuberculose. Verschillende kantons hebben dan ook in hun uitvoeringsreglementen of -decreten bepalingen hieromtrent opgenomen, en wel G l a r u s (April '34), L u z e r n (1941), S o l o t h u r n (1939), G e n è v e (1941), V a u d (1941). In het kanton G e n è v e luidt het betreffende artikel als volgt: „L'hospitalisation forcée d'un tuberculeux pourra être ordonnée et exécutée par l'autorité supérieure, sur préavis du service d'hygiène, lorsque la nature de la maladie, les conditions de vie ou le comportement du malade ou de ses proches l'exigeront. Un recours (non suspensif) est ouvert dans les 30 jours devant le Conseil d'Etat. Les frais, pour les personnes dans les besoins, seront réglés conformément à la législation sur l'assistance publique.”

L u z e r n heeft ongeveer gelijklopende bepalingen, terwijl het kanton V a u d het volgende heeft vastgesteld:

„Sur préavis du Conseil de Santé le département de l'intérieur peut ordonner l'hospitalisation d'office d'un malade tuberculeux, qui, en raison de son attitude ou de celle de ses proches, présente un danger pour la santé publique. Lorsque le malade ou sa famille n'est pas en mesure de supporter les frais d'hospitalisation, ceux-ci sont mis à la charge de l'Etat”.

Art. 4 bepaalt, dat de kantons inrichtingen in het leven moeten roepen, waar gratis sputumonderzoek kan plaats hebben.

Art. 5 handelt over de desinfectie, die moet plaats hebben bij verhuizing, bij vertrek naar een inrichting en bij overlijden. Wasch, gebruiksvoorwerpen en sputum moeten aan een geregelde desinfectie worden onderworpen.

Belangrijk zijn de artikelen betreffende de maatregelen ter bescherming van het kind (artt. 6 en 7).

De kantons moeten er voor zorgen, dat leerlingen en onderwijzend personeel der scholen onder medisch toezicht staan. Het medische toezicht beoogt vooral de voorkoming der tuberculose. In de steden wordt dit schooltoezicht overal gehouden, op het platteland nog niet algemeen. Het wetsartikel zegt, dat de kinderen, als ze op school komen, op tuberculose moeten worden onderzocht en daarna op geregelde tijden gecontroleerd moeten worden. Zijn ze op tuberculose verdacht, dan blijven ze onder strengere contrôle en stelt de arts maatregelen voor, die hij noodzakelijk acht (openluchtschool, vakantiekolonie e.d.). Wordt een kind ontdekt, dat gevaarlijk is voor de omgeving, dan moet het van de school worden verwijderd.

Elke onderwijzer moet bij zijn benoeming aan een onderzoek worden onderworpen; de in functie zijnde onderwijzer, zoo hij verdacht wordt van tuberculose, eveneens. Diegenen onder hen, die een gevaar zijn voor de omgeving, worden van de school verwijderd onder toekenning aan den betrokkene van 75 % van zijn salaris.

Er is een federaal reglement ontworpen, krachtens hetwelk elke candidaat voor onderwijsfuncties aan het begin en aan het einde van zijn studie röntgenologisch moet worden onderzocht. Voorts moet elke onderwijzer, die vast is aangesteld, om de drie jaar een röntgenfoto laten maken, elke tijdelijke onderwijzer om het jaar. Dit ontwerp is goedgekeurd door de federale tuberculosecommissie.

Art. 7 regelt het plaatsen van kinderen. Bedreigde kinderen mogen slechts in van tuberculose vrije gezinnen worden ondergebracht. Omgekeerd mag een kind met tuberculose niet in een gezin met gezonde kinderen worden geplaatst. Voortdurend moet contrôle worden uitgeoefend op het kind en op het gezin, waarin het een plaats heeft gevonden.

Ter bescherming van het bedreigde kind kunnen afzonderlijke maat-

regelen worden genomen. Indien een kind in een milieu leeft, dat voor hem een gevaar voor besmetting inhoudt, dan kan het uit dit gezin worden verwijderd door een besluit van de voogdij, onder toepassing van art. 284 van het Burgerlijk Wetboek, dat handelt over ontzetting en ontheffing uit de ouderlijke macht. Dit artikel luidt: „Ist ein Kind in seinem leiblichen oder geistigen Wohl dauernd gefährdet oder ist es verwahrlost, so soll die Vormundschaftsbehörde es den Eltern wegnehmen und in angemessener Weise in eine Familie oder Anstalt unterbringen. Die gleiche Anordnung trifft die Vormundschaftsbehörde auf Begehren der Eltern, wenn ihnen ein Kind böswilligen und hartnäckigen Widerstand leistet und nach Umständen anders geholfen werden kann. Das öffentliche Recht bestimmt unter Vorbehalt der Unterstützungspflicht der Verwandte, wer die Versorgungskosten zu tragen habe, wenn weder die Eltern noch das Kind sie bestreiten können.”

Art. 10 noemt de inrichtingen, wier stichting in het belang eener doelmatige tuberculosebestrijding door de kantons moet worden bevorderd, namelijk:

- a. Inrichtingen voor bedreigde kinderen, als preventoria, herstellingsoorden, vacantiëkolonies.
- b. Consultatiebureaux, bestemd voor opsporing van tuberculoselijders, voor raadgeving, contrôle en hulp aan lijders, die thuis verpleegd worden en aan hun gezinnen.
- c. Inrichtingen voor de behandeling van tuberculose (sanatoria, ziekenhuizen of afdelingen ervan) en werkkolonies.

In art. 14 wordt bepaald, op welke subsidies deze inrichtingen aanspraak kunnen maken. Zoo neemt de Confederatie van de bouwkosten der inrichtingen ter opnemng van lijders of bedreigden 20 à 25 % voor haar rekening en van de exploitatiekosten 10 à 12 %.

Consultatiebureaux en anti-tuberculoseverenigingen ontvangen aan subsidie 25 à 33 % van hun uitgaven.

Wij voegen hier nog aan toe, dat de Staat in de kosten, verbonden aan de aangifte, het sputumonderzoek, de desinfectie en het schooltoezicht, voor 20 à 25 % bijdraagt, terwijl hij van het salaris, uit te keeren aan tuberculeuze onderwijzers, 50 % betaalt.

In circulaires van den Federalen Dienst der Volksgezondheid van 1935 wordt er op gewezen, dat de subsidies zoo economisch mogelijk moeten worden besteed en dat vergrooting of uitbreiding van inrichtingen slechts mag plaats hebben bij dringende noodzaak. In 1936 zijn ten gevolge van de economische crisis de subsidies verlaagd.

De Bondsraad kan de ziekenkassen financieel steunen bij de behandeling van en de sociale zorg voor tuberculoselijders, indien deze behandeling meer kost dan door de verzekering wordt uitbetaald.

Art. 11 handelt over de woninghygiëne. Krachtens dit artikel wordt door de kantons een dienst ingesteld voor de woninginspectie. Op advies van dezen dienst kunnen de aangewezen autoriteiten verbieden huizen te bewonen, die de tuberculoseverspreiding in de hand werken en kunnen ze woningverbetering voorschrijven.

Het toezicht op de woninghygiëne heeft succes gehad. In die steden, waar de krachtigste maatregelen op het gebied der woninghygiëne werden geboden en genomen, is de vermindering der sterfte aan tuberculose het grootst.

Art. 12 schrijft aan de kantons voor door middel van geschriften, brochures, voordrachten, tentoonstellingen, films enz. het volk in zijn belang in te lichten en op te voeden.

Art. 9 verbiedt den verkoop van geheime middelen ter behandeling van de tuberculose.

Naar art. 20 moeten de kantonale regeeringen elk jaar aan den Bondsraad verslag uitbrengen van de toepassing der wet. Door middel van circulaires wordt hierop herhaaldelijk de aandacht gevestigd, terwijl met onthouding der subsidie gedreigd wordt bij het niet nakomen van dit wetsartikel.

Samenvatting.

In Zwitserland begint de tuberculosebestrijding in het laatst der vorige eeuw met de oprichting van sanatoria, waarbij de benoodigde gelden hoofdzakelijk van particuliere zijde worden bijeengebracht.

Na 1900 openbaart zich een meer algemeene actie tegen den tuberkelbacil. De vereenigingen, met dit doel opgericht, oefenen de tuberculose-

bestrijding in al haar geledingen uit (Centrale Vereeniging tot bestrijding der tuberculose).

Ook de Kantonnale Overheid gaat zich na 1900 met de tuberculosebestrijding bezig houden. Verschillende kantons voeren, zelfstandig, tuberculosewetten in. In de meeste dezer wetten vinden we verplichte aangifte van die gevallen van tuberculose, welke de huisarts als een gevaar voor de omgeving ziet.

In 1928 komt de Rijkstuberculosewet tot stand, die samenwerking van Overheid en particulier initiatief bij de uitoefening der tuberculosebestrijding vooropstelt. De belangrijkste bepalingen uit deze wet zijn:

- a. Verplichte aangifte van gevallen, die een gevaar voor de omgeving zijn, alsmede van sterfgevallen.
- b. Krachtens het wetsartikel 3, hetwelk luidt: „De kantons zorgen voor het nemen van alle maatregelen, noodzakelijk ter voorkoming van tuberculose”, hebben verschillende kantons verplichte isolatie van gevallen, die een gevaar voor de omgeving zijn, ingevoerd.
- c. Ontzetting uit de ouderlijke macht kan plaats vinden, indien een kind in een tuberculeus milieu leeft, dat voor hem een gevaar voor besmetting inhoudt.

De ontwikkeling der consultatiebureaux begint in Zwitserland laat (ongev. 1925). Het zijn voor het grootste deel particuliere instellingen.

5. GROOT-BRITTANNIE EN IERLAND.

A. ENGELAND.

Tuberculoseziekenhuizen.

Om de wijze van ontstaan der Engelsche tuberculoseziekenhuizen te kunnen begrijpen, moeten we teruggaan tot het begin der zeventiende eeuw, toen tijdens de regeering van koningin *Elizabeth* de

eerste armenwetten tot stand kwamen, krachtens welke de Staat de ondersteuning der armen op zich nam. Deze wetten dankten haar ontstaan aan den strijd tusschen koning Hendrik VIII en de katholieke kerk, welke strijd een einde maakte aan het karakter dier kerk als staatskerk en aan de kloosters. Dit bracht mede, dat de verzorging der armen, tot nu toe op uitgebreide schaal door de kloosterorden uitgeoefend, op losse schroeven kwam te staan en een belangrijk sociaal probleem werd.

Een wetsherziening in 1722 schiep de werkhuizen. Aan armen, die weigerden in deze te worden opgenomen, werd de steun onthouden.

In 1795 werden de werkhuizen opgeheven en werd de mate der ondersteuning bepaald overeenkomstig den prijs van het brood. Toen door de Napoleontische oorlogen de armoede in het land dermate toenam, dat de uitgaven voor de armenverzorging stegen tot £ 8 miljoen per jaar, keerde men in 1832 terug tot het systeem der werkhuizen.

Deze huizen, bekend geworden door Dickens' *Oliver Twist*, werden opzettelijk zeer oncomfortabel ingericht teneinde den toeloop zoo klein mogelijk te maken en de armen aan te sporen zooveel mogelijk zelf in hun onderhoud te voorzien. Dit principe bleef gedurende heel de Victoriaansche periode gehuldigd.

Tot 1834 was onder den steun aan de armen de medische hulp niet begrepen. In dit zelfde jaar komt er in zooverre een vooruitgang dat de „Boards of Guardians”, de armvoogdijen, ingesteld worden, belast met de armenverzorging in een omschreven gebied (Union). De armenverzorging omvat nu ook, zij het in zeer bijzondere gevallen, medische behandeling, die de armvoogdijen laten uitoefenen door een medisch ambtenaar. Tevens worden in de werkhuizen ziekenzalen ingericht, oorspronkelijk alleen bestemd voor de bewoners der werkhuizen, later ook voor de armen erbuiten. De toestanden op deze zalen was zoo slecht, dat in 1867 de *Lancet* deze als een „nationale schande” kwalificeert. De medische hulp was er hoogst onvoldoende. De verpleging geschiedde er door de bewoners zelf, die bovendien dikwijls in staat van dronkenschap verkeerden. Onder invloed van het werk van *Florence Nightingale* werden na 1870 voor het eerst beroepsverpleegsters in de werkhuizen aangesteld.

In 1867 krijgen de armvoogdijen het recht aparte asylen, los van de werkhuizen, op te richten. Oorspronkelijk alleen bestemd voor krankzinnigen en lijdens aan pokken, volgen weldra inrichtingen voor lijdens aan besmettelijke ziekten. In het laatste van de 19e eeuw heeft het aantal dezer staatsziekenhuizen voor armen (infirmaries) een groote vlucht genomen. Inrichting en verpleging zijn langzamerhand op hooger peil komen te staan.

In den tijd, waarin de zieke armen nog uitsluitend in de ziekenzalen der werkhuizen werden verpleegd, kwam althans de externe behoeftige tuberculoselijder, gezien het chronische karakter zijner ziekte, niet in aanmerking voor opneming in deze inrichting. Anders wordt dit met de oprichting der armenziekenhuizen. Er komen plaatsen vrij in de ziekenzalen der werkhuizen en we zien dan ook na 1870 het aantal toringlijders, dat in de werkhuizen verpleegd wordt, gestadig toenemen.

Een volgende stap is, dat de tuberculoselijder ook in de algemeene armenziekenhuizen mag worden opgenomen, waar hij, evenals in de werkhuizen, verpleegd wordt temidden van andere patiënten. Als we daarbij bedenken, dat het percentage vergevorderde tuberculoselijders in de armeninrichtingen hoog is, omdat verblijf in een dergelijke inrichting iemand het stempel van armlastige bezorgt en men vaak tot het uiterste wacht om zich te laten opnemen, dan is het alleszins begrijpelijk, dat de sterfte aan tuberculose in de armeninrichtingen toeneemt, naarmate meer plaatsen beschikbaar komen voor de toringlijders.

New s hol me (1908) toont duidelijk deze toeneming aan: In Sheffield had van het geheele aantal sterfgevallen aan tuberculose in inrichtingen van 1876—'80 6.3 % in armeninrichtingen plaats; van 1901—'05 26 %. In Salford van 1884—'90 14,4 %; van 1901—'04 27,6 %. In Brighton van 1884—'90 14,4 %; van 1901—'04 20,2 %.

In het begin van de twintigste eeuw, als de leer van de besmettelijkheid der tuberculose veld heeft gewonnen, worden allengs afzonderlijke afdelingen voor tuberculoselijders in de ziekenhuizen ingericht en worden bovendien speciale tuberculoseziekenhuizen gesticht. Het doel, met deze inrichtingen beoogd, is vooral isolatie van den besmettelijken lijder. Daarnaast gaan de armvoogdijen sanatoria oprichten of

wel ze krijgen de beschikking over een aantal bedden van bestaande sanatoria.

Zagen we dus, dat er voor den behoeftigen tuberculoselijder in het midden der vorige eeuw geen plaats was in de inrichtingen, hetzelfde was het geval met den niet-armlastige in de particuliere ziekenhuizen. Het is o.a. dit plaatsgebrek, hetwelk geleid heeft tot de oprichting van speciale tuberculoseziekenhuizen. Het Brompton Hospital for Consumption bijv. dankt zijn ontstaan aan de vergeefsche pogingen van een vooraanstaanden Londenschen advocaat zijn tuberculeuzen klerk te doen opnemen in een algemeen ziekenhuis. Met een aantal vrienden richtte hij een comité op, dat gelden bijeenbracht door middel van bazars enz., zoodat in 1841 het ziekenhuis kon worden gesticht.

Een tuberculoseziekenhuis van nog ouderen datum is het Royal Sea-Bathing Hospital te Margate, bestemd voor lijders aan scrophulose, opgericht in 1791 door dr. L e t t s o m . Hier was de aanleiding tot de oprichting de idee van den stichter, dat openluchtbehandeling en zeebaden voor dergelijke patiënten de aangewezen therapie vormden.

Zoo zien we de geheele negentiende eeuw door in Londen en daarbuiten tuberculoseziekenhuizen verrijzen, tot ze ten slotte in het begin dezer eeuw, evenals die der armlastigen, worden opgericht vooral met het oogmerk te isoleeren.

Het stelsel van tuberculoseziekenhuizen, dat in Engeland een uitgebreider vorm heeft aangenomen dan in eenig ander land van Europa, heeft, hoewel niet ontstaan met de bewuste bedoeling de tuberculose te bestrijden, volgens K o c h ten gevolge gehad, dat in Engeland in de negentiende eeuw de sterfte aan tuberculose veel sneller is gedaald dan in Ierland, dat deze inrichtingen niet kent.

Sanatoria.

We zagen, dat een der sanatoriumprincipes, frissche lucht, reeds in 1791, dus meer dan een eeuw voor het ontstaan der eerste sanatoria, door L e t t s o m werd gehuldigd. Ook de Schotsche arts, S t e w a r t , schreef reeds in 1749 aan zijn Londensche collega's, dat frissche lucht en dieet als de belangrijkste factoren bij de behandeling

der tuberculose moeten worden beschouwd en dat klimaat en geneesmiddelen van secundaire beteekenis zijn.

Ook *Mac Cormac* (1855), hoewel als de meeste zijner tijdgenooten niet geloovende in de besmettelijkheid der tuberculose, beval open-lucht-behandeling aan. Het is echter *Bodington*, die de vader der sanatoriumgedachte in Engeland moet worden genoemd. In 1840 doet hij een publicatie het licht zien, waarin frissche lucht en opneming in inrichtingen, speciaal voor teringlijders gebouwd, worden gepropageerd en waarin adviezen worden gegeven, die, wat de tuberculosebehandeling betreft, thans nog up to date zijn. *Bodington* werd echter niet geloofd en de inrichting, die hij in het leven had geroepen ten einde er zijn ideeën in praktijk te brengen, moest om financiële redenen worden veranderd in een psychiatrisch asyl. Het moest nog 59 jaar duren, eer in Engeland het eerste volks-sanatorium werd opgericht.

Afgezien van de enkele sanatoria, door de armvoogdijen gesticht, zijn het in den beginne alleen de lokale afdeelingen van de Nationale Vereeniging tot bestrijding der tuberculose, liefdadigheidsvereenigingen en andere instellingen van particuliere aard, die zich bezig houden met de oprichting van sanatoria.

Overheidsbemoeiing.

Een andere mogelijkheid berust bij de gezondheidsautoriteiten, d.w.z. de besturen van landelijke en stedelijke districten, die krachtens de „Public Health Act” van 1875 de bevoegdheid hebben zich te bemoeien met kwesties, de volksgezondheid betreffende, als: bestrijding van infectieziekten, oprichting van ziekenhuizen, huisvesting, contrôle op melk en vleesch en, sinds de tuberculose beschouwd wordt als een besmettelijke ziekte, de tuberculosebestrijding. Aan het hoofd van elk district staat een medisch ambtenaar voor de volksgezondheid.

Wat de tuberculosebestrijding betreft hebben de Gezondheids-autoriteiten de bevoegdheid (dus niet den plicht) sanatoria, tuberculose-ziekenhuizen en consultatiebureaux op te richten. Inzake de sanatoria komt dit in de praktijk hierop neer, dat de Gezondheidsautoriteiten

jaarlijksche subsidies aan bestaande sanatoria verleenen, mede-eigenaars van sanatoria worden, bestaande gebouwen koopen met het doel ze tot sanatoria in te richten, enz.

De „county councils” (graafschapsraden), die hun bestuursfunctie uitstrekken over het geheele graafschap, dus over een aantal districten, hebben het toezicht op het werk der Gezondheidsautoriteiten. Daarnaast hebben ook zij de bevoegdheid ziekenhuizen voor besmettelijke ziekten, zoomede voor tuberculoselijders, en sanatoria op te richten. Ze maken echter van deze bevoegdheid weinig gebruik.

De staatsbemoeiing inzake de tuberculosebestrijding, welke dus krachtens de „Public Health Act” van 1875 mogelijk is, bepaalt zich in hoofdzaak tot behandeling der zieken in inrichtingen. Preventieve maatregelen worden van hoogerhand nog weinig genomen ondanks de bevoegdheid ertoe.

Volgens een artikel in de British Journal of Tuberculosis van 1908 laat in dien tijd de staatsbemoeiing inzake de tuberculosebestrijding, vooral wat betreft den behoeftigen tuberculoselijder, nog veel te wenschen over.

„National Association.”

Het is vooral de „National Association for the Prevention of Consumption and other forms of Tuberculosis”, door welke zoowel de overheid als het particuliere initiatief werd aangezet tot preventieven arbeid.

De vereeniging werd opgericht door den Prins van Wales, den lateren koning Eduard VII, op Marlborough House in 1898. Ze stelt zich ten doel de bevolking elementaire kennis bij te brengen betreffende de wijze van verspreiding der ziekte en betreffende de wijze, waarop deze verspreiding kan worden voorkomen. Ze tracht dit doel te bereiken door het verspreiden van brochures, door zich de medewerking te verzekeren van de publieke pers en door het oprichten van sanatoria, verder door invloed uit te oefenen op de overheid in al haar geledingen (regeering, „county councils”, districtsgezondheidsautoriteiten enz.) en door het oprichten van plaatselijke afdelingen door het geheele land.

Het tuberculosecongres, georganiseerd door de National Association in 1901 (beroemd geworden door Koch's lezing over het verschil tusschen humane en bovine tuberculose) nam een resolutie aan, waarin aangedrongen werd op het vrijwillig aangeven van alle gevallen van tuberculose aan de gezondheidsautoriteiten en op het stichten van consultatiebureaux.

Consultatiebureaux.

Ofschoon Sir Robert Philip reeds in 1887 te Edinburg het eerste consultatiebureau stichtte, duurde het nog tot 1909, eer het eerste consultatiebureau, uitgaande van het particuliere initiatief, in den geest van dat te Edinburg, werd opgericht. Newsholme en Philip hebben beiden de stelling verkondigd, dat het consultatiebureau, hetwelk het middelpunt der tuberculosebestrijding behoort te worden, van overheidswege moet worden opgericht en onder toezicht moet staan van een inspecteur.

In de adviezen, die de Medical Officer of Health (medisch ambtenaar voor de volksgezondheid) vanwege het departement aan de Gezondheidsautoriteiten geeft, treft ons in de jaren omstreeks 1910 herhaaldelijk de zinsnede, waarin wordt aangedrongen op het inrichten van consultatiebureaux door deze autoriteiten. Doch ook van particuliere zijde zat men niet stil: in 1911 waren er 50 particuliere consultatiebureaux tegen 14, opgericht door de Gezondheidsautoriteiten.

Aangifte van tuberculose.

Om de tuberculoselidjers van de opneming in een ziekenhuis of in een sanatorium te doen profiteren en later ook om ze bij behandeling thuis met adviezen te kunnen bijstaan, voerden verschillende gezondheidsautoriteiten in het begin dezer eeuw de vrijwillige aangifte der tuberculose in. De huisarts of de armendokter deed de aangifte aan den medischen ambtenaar voor de volksgezondheid van het betreffende gezondheidsdistrict. De aangiften werden gehonoreerd.

In de meeste gezondheidsdistricten betrof de aangifte alle gevallen van longtuberculose. Enkele moedigden alleen de aangifte aan van die gevallen, welke onder dusdanige omstandigheden verkeerden, dat

contrôle van den medischen ambtenaar gewenscht was. In enkele districten werd die ambtenaar bijgestaan door een z.g. inspectrice, die huisbezoek verrichtte.

Om het aangeven der ziektegevallen te bevorderen werd in enkele districten den patiënt een gratis verblijf van enkele weken in een inrichting toegestaan.

In Oldham werd in 1892, in Manchester in 1899, in Liverpool in 1901, in Cardiff in 1903 de vrijwillige aangifte ingevoerd.

Het resultaat was zeer variërend en vooral afhankelijk van de populariteit en de tact van den medicus, aan wien de aangiften moesten geschieden.

De steden Sheffield en Bolton voerden zelfstandig de verplichte aangifte in. Het doel hiervan was den huisarts te beschermen tegen de straffen, die hem opgelegd zouden kunnen worden bij aangifte van een ziekte, die wettelijk niet aangegeven behoefde te worden, m.a.w. den behandelenden arts voor overtreding te vrijwaren, als hij aangifte gewenscht of noodzakelijk achtte.

In Januari 1909 voert de Staat, zich beroepend op art. 130 van de „Public Health Act” van 1875, welk artikel zegt, dat de Staat ten allen tijde voorschriften kan uitvaardigen ter voorkoming van het zich uitbreiden van endemische en infectieziekten, de verplichte aangifte in van gevallen van longtuberculose in armenziekenhuizen en werkhuisen: (Public Health-tuberculosis-Regulations, 1909). Deze aangifte geschiedt, evenals de vrijwillige, uit preventief oogpunt en heeft ten doel vernietiging of desinfectie van besmette voorwerpen, het verschaffen van apparaten ter preventie enz.

De genoemde maatregel wordt twee jaar later bij de „Public Health (tuberculosis) Regulations” van 1911 uitgebreid tot gevallen van longtuberculose in alle openbare inrichtingen, terwijl nog in hetzelfde jaar de aangifte van alle gevallen van longtuberculose verplicht wordt gesteld. Deze laatste wetsuitbreiding vond haar oorzaak inzonderheid in het feit, dat, hoewel het aantal districten met vrijwillige aangifte was toegenomen van 15 in 1908 tot 283 in 1910, vrijwel slechts gevallen in de uiterste stadia werden aangegeven. Tenslotte wordt in 1912 de aangifte verplicht van alle gevallen van tuberculose.

Wordt nu in Engeland de verplichting tot aangeven behoorlijk nagekomen?

In de circulaires met betrekking tot de tuberculosebestrijding, die de „Local Government Board” en, na 1919, de afdeling Tuberculose van het departement van Volksgezondheid geregeld aan de Gezondheidsautoriteiten zendt met adviezen in zake de oprichting van consultatiebureaux, het doen van huisbezoek, de volksopvoeding, het bacteriologisch onderzoek van sputum, de oprichting van sanatoria en tuberculoseziekenhuizen enz., treft ons herhaalde malen de klacht, dat de aangiften niet in voldoende mate geschieden. In 1923 stuurt genoemd departement circulaires naar de huisartsen, waarin deze aangemaand worden meer aangiften te doen en vooral de gevallen vroegtijdiger aan te geven, waar dit nu meestal slechts enkele maanden voor den dood plaats heeft.

Een veelvuldig voorkomend excuus voor het verzaken van den plicht tot aangeven is, dat de arts in de meening verkeert, dat het geval reeds eerder in een ander district is aangegeven. Sinds 1930 vervalt dit excuus: sedert moet de aangifte bij verhuizing van den patiënt naar een ander district opnieuw geschieden.

Van 1916—1921 is het aantal sanatoriumbedden gestegen van 11227 tot 18943, welke toeneming inzonderheid het gevolg is der snelle uitbreiding van de groep sanatoria, die van overheidswege werden gesticht in verband met de verplichte aangifte. In 1916 en 1921 bedroeg het aantal bedden in deze laatste resp. 5258 en 11262. Helaas wordt dit groote aantal bedden niet benut, doordat de aangiften niet geregeld plaats hadden. In Barnsley bijv. blijkt in 1921 87 % der tuberculosegevallen met doodelijken afloop of nooit aangegeven te zijn of pas aangegeven te zijn minder dan zes maanden vóór den dood.

In 1927 worden in geheel Engeland 344244 aangiften geregistreerd, dat is 9,5 0/00 van de totale bevolking. In dat jaar waren er 198994 gevallen, onder toezicht staande van de consultatiebureaux. De verhouding was dus 100:58 of wel ruim de helft der aangegeven gevallen stond onder toezicht van het consultatiebureau.

In 1928 was in het geheele land 11,6 % van het totale aantal sterfgevallen aan tuberculose tijdens de ziekte niet geregistreerd.

Taak der verzekeringscommissies bij de tuberculosebestrijding.

Tot 1911 was in financieel opzicht de sanatorium- en ziekenhuis behandeling niet van overheidswege geregeld. Dit wordt anders, als in 1911 de „National Insurance Act” tot stand komt. Bij deze wet worden alle in loondienst staande personen met een inkomen beneden een bepaalde grens tegen de gevolgen van ziekte verzekerd.

De ziekteverzekering waarborgt ziekgeld en medische behandeling; onder dit laatste is ook sanatoriumbehandeling begrepen. Ook kan in bepaalde gevallen vergoeding genoten worden bij sanatoriumverpleging van gezinsleden der verzekerden.

Met de uitvoering der wet zijn belast de verzekeringscommissies in de gezondheidsdistricten, bestaande uit vertegenwoordigers van de gezondheidsautoriteiten, van artsen en van werknemers. Hun taak omvat behalve de uitkeering der gelden het nemen van preventieve maatregelen op het gebied der tuberculosebestrijding. Naast de districtsgezondheidsautoriteiten, de graafschapsraden en de particuliere vereenigingen gaat dus nog een vierde instelling tuberculosebestrijding uitoefenen.

De inwerkingtreding der „National Insurance Act” bracht mede, dat er een groot tekort kwam aan sanatoriumbedden.

Door de „Finance Act” van 1911 droeg de Staat met een subsidie van £ 1,5 miljoen bij in de stichting van sanatoria en andere inrichtingen voor behandeling van tuberculoselijders.

„Tuberculosis schemes.”

Na den eersten wereldoorlog wordt sterk de behoefte gevoeld aan precies omschreven diensten voor tuberculosebestrijding (tuberculosis schemes) van regeeringswege ingesteld. Met het oog hierop was reeds in 1912 een staatscommissie benoemd onder presidium van lord Astor „to report upon the consideration of general „policy in respect of the problem of tuberculosis in the United Kingdom in its preventive, curative and other aspects, which should „guide the government and local bodies in making or aiding pro-

„vision for the treatment of tuberculosis in sanatoria and other institutions or otherwise.”

De conclusie van de Commissie was: Er moeten tuberculosebestrijdingsdiensten georganiseerd worden door de lokale autoriteiten van graafschappen en steden (county councils en county borough councils).

Deze diensten moeten bestemd zijn voor alle lagen der bevolking en moeten omvatten:

1. de werkring van een arts voor de volksgezondheid (medical officer of health) van een graafschap of stad;
2. de werkring van een consultatiebureauleider, bekleed door een specialist;
3. het consultatiebureau, waaraan verbonden een dienst voor huisbezoek;
4. sanatoria voor vroegtijdige gevallen;
5. ziekenhuizen voor vergevorderde gevallen.

De regeering betuigde haar instemming met dit rapport en noodigde de Raden uit zulke diensten in het leven te roepen.

Inderdaad neemt in den loop der jaren, vooral na den oorlog, het aantal diensten toe, doch de financiële regeling ervan blijft gebrekkig, daar er krachtens de verzekeringswet een groot verschil bestaat tusschen verzekerden en niet-verzekerden. Ook de consultatiebureaux beantwoorden niet aan den opzet: de samenwerking met den huisarts laat te wenschen over, er wordt te veel aan behandeling gedaan, er wordt te weinig contactonderzoek verricht.

We zagen reeds, dat het aantal sanatoriumbedden niet benut wordt. In 1921 komt de „Public Health (Tuberculosis) Act” tot stand, krachtens welke den raden der graafschappen en der steden de plicht wordt opgelegd tuberculosebestrijdingsdiensten in te voeren in den vorm, die door de staatscommissie van 1922 was aanbevolen. Ook de financiële regeling wordt nu beter, doordat de opneming van verzekerden in een sanatorium voortaan niet meer in handen is van de verzekeringscommissie, maar evenals die der niet-verzekerden in handen van den „Dienst”.

Gedwongen isolatie.

Een verdere maatregel op het gebied der tuberculosebestrijding vinden we in de „Public Health Act van 1925”, waarvan art. 26 een clause bevat, die gedwongen afzondering mogelijk maakt. Een plaatselijke verordening hieromtrent bestond sinds 1911 in de stad St. Helen. De medische ambtenaar van de stad kon het gerecht de overbrenging van een lijder aan longtuberculose naar een geschikte inrichting doen gelasten, mits deze inrichting was gelegen in de stad of op een geschikten afstand daarvan. Het verblijf in een dergelijke inrichting mocht den tijd van drie maanden niet te boven gaan. De reden van ontstaan van deze verordening was het hooge percentage vergevorderde tuberculoselijders en de zeer slechte woningtoestand. De verordening moest elke vijf jaar worden verlengd. Dit is geschied tot 1926.

Het genoemde art. 62 luidt als volgt:

„Where it is proved to the satisfaction of a court of summary jurisdiction (a) that any person suffering from pulmonary tuberculosis is in an infectious state; and (b) that the lodging or accommodation provided for that person is such that proper precautions to prevent the spread of infection cannot be taken; and (c) that serious risk of infection is thereby caused to other persons; and (d) that a suitable hospital or institution exists for the reception and accommodation of that person, the court, upon the application of the county council or of the local authority may, with the consent of the superintending body of the hospital or institution, make an order for the removal of that person to that hospital or institution and for his detention and maintenance therein for such period not exceeding three months as the court think fit.”

Volgens Mac Nalty (1932) hebben de Gezondheidsautoriteiten van deze bepaling zelden gebruik behoeven te maken. Het meerendeel der besmettelijke tuberculoselijders beschouwt het als een voorrecht medische behandeling en verpleging in een inrichting te kunnen genieten. In de weinige gevallen, waarin de patiënt of zijn familie zich aanvankelijk verzetten tegen opnemings, doet het beseft, dat de

mogelijkheid van gedwongen opneming bestaat, verdere complicaties uitblijven.

K a y n e (1937) is van meening, dat er te veel vergevorderde open lijders zijn, die er op aan blijven dringen en aan wie toegestaan wordt, thuis verpleegd te worden, daar zij in deze omstandigheden een voortdurend gevaar vormen voor volwassenen en kinderen. Dikwijls wordt in dezen geen gebruik gemaakt van de wettelijke macht, misschien door misplaatste sentimentaliteit, misschien door onbekendheid met het gevaar, dat kinderen in deze omstandigheden lopen.

De „Local Government Act” van 1929, ofschoon geen betrekking hebbend op de geneeskunde, brengt tenslotte meer eenheid in de tuberculosebestrijding. Bij deze wet worden de armvoogdijen, de werkhuizen en de armdistricten opgeheven en de plichten en de bezittingen der armvoogdijen overgenomen door de graafschapsraden en de stedelijke raden.

Voor de tuberculosebestrijding is deze wet van beteekenis, omdat de tuberculosebestrijdingsdiensten nu ook open staan voor de armen.

Nazorg.

Een enkel woord moge worden gewijd aan de nazorg, die in Engeland zoo'n groote vlucht heeft genomen.

Daar bij een ziekte als de tuberculose zoovele sociale factoren een rol spelen heeft zich naast den eigenlijken consultatiebureau- en sanatoriumarbeid het werk van de „care-organizations” ontwikkeld, dat in vele districten een belangrijk onderdeel van den tuberculosebestrijdingsdienst is geworden.

De functies van een „care-organization” bestaat in het verschaffen van financiëelen steun en steun in natura aan het gezin van den lijder; het verleenen van gezinshulp bij afwezigheid van de moeder; het verschaffen van een betere woning; het zorgen voor een passend beroep, nadat de patiënt hersteld is; het uitleenen van bedden, opdat de tuberculoselijder een slaapplek alleen krijgt; het verwijderen van de jonge kinderen uit het gezin enz. Behalve door de gezondheidsautoriteiten kan een care-organization ook ingesteld worden door particulieren of wel door samenwerking van beide.

De landelijke kolonies (village settlements) zijn het resultaat van de pogingen, het sociale probleem van den herstelden tuberculeuzen arbeider op te lossen. Het zijn dorpsgemeenschappen, die hoofdzakelijk industriëelen arbeid in een landelijke omgeving uitoefenen. De arbeider vindt er opleiding tot een passend beroep; er wordt propaganda gemaakt voor een hygiënische leefwijze en in geval van actieering van het rustig geworden proces wordt de patiënt onmiddellijk aan een sanatoriumbehandeling onderworpen. De kolonie bestaat uit een sanatorium, een industriecentrum, woningen voor patiënten met hun gezinnen en vrijgezellenhuizen.

Sir Pendrill Varrier Jones is de pionier op het terrein der landelijke kolonies. Hij stichtte met behulp van particuliere fondsen in 1916 de Papworth village settlement te Bourne (Cambridgeshire). Het omvat thans drie ziekenhuisafdeelingen met 170 bedden, een sanatorium met 100 bedden, een vrijgezellenhuis voor 130 personen en meer dan 100 woningen. De bevolking bedraagt in het geheel ongeveer duizend mensen.

Een tweede bekende kolonie is Preston Hall bij Maidstone in Kent. Ze werd in 1925 gesticht voor oud-militairen. Wat grootte betreft komt ze met Papworth overeen. De voornaamste beroepen, waartoe opgeleid wordt, zijn: het timmervak, het meubelmakersvak, het boekdrukkersvak, de leerbewerking en verder het beroep van landbouwer en van pluimveeteeler. De producten worden op de open markt verkocht.

Dikwijls is de opmerking gemaakt, dat door het stichten van dergelijke kolonies de tuberculoselijder, die zijn geheele verdere leven in een landelijke kolonie vertoeft, een bevoorrechte positie inneemt ten opzichte van den lijder aan een andere chronische ziekte. Men moet echter niet vergeten, dat de behandeling van elken tuberculoselijder tevens een vorm van preventie is voor de gemeenschap.

In Preston Hall worden in den laatsten tijd de geheel herstelde patiënten ontslagen.

Het Ministerie van Gezondheid steunt beide landelijke kolonies met subsidies en moedigt het oprichten van nieuwe kolonies aan, zoowel van particuliere zijde als door de gezondheidsautoriteiten. Tot nu toe

hebben alleen de autoriteiten van het graafschap Nottinghamshire zich op het „gevaarlijke pad der landelijke kolonies” gewaagd.

Bij de stichting moet er vooral rekening mee worden gehouden, dat er een voldoende aantal passende patiënten beschikbaar moet zijn; dat het aantal personen, geschikt om de leiding op zich te nemen, zeer beperkt is en dat de keus van den industriëelen arbeid een zeer belangrijke factor voor het slagen is.

Mortaliteit.

De sterfte aan tuberculose heeft in Engeland naar alle waarschijnlijkheid omstreeks 1800 haar hoogtepunt bereikt. Daarna volgt een geregelde daling. In 1935 bedraagt het sterftecijfer 72 per 100.000 inwoners.

Sir Robert Philip (1924) neemt aan, dat de daling van de laatste 50 jaren zeker mede moet worden toegeschreven aan de georganiseerde tuberculosebestrijding. Hij grondt dit op het feit, dat de verbetering der algemeene hygiënische toestanden in de laatste 50 jaren een daling van de algemeene mortaliteit ten gevolge had tot op de helft, terwijl de sterfte aan tuberculose in dien tijd tot op een derde gedaald is.

B. SCHOTLAND EN IERLAND.

De tuberculosebestrijding in Schotland en Ierland is in groote trekken dezelfde als die in Engeland.

In Ierland geeft in 1908 een wet aan elk district het recht verplichte aangifte van alle vormen van tuberculose in te voeren. In 1937 wordt het aangeven in elk district verplicht.

In Schotland loopt de sterfte aan tuberculose vrijwel parallel met die in Engeland.

In Ierland is ze steeds aanmerkelijk hooger geweest dan in Engeland en Schotland. Zoo bedroeg het sterftecijfer in 1934 11.4, in 1944 13.0, terwijl het in Engeland in 1944 6.1 per 10.000 inwoners bedroeg. Bovendien is de daling in Ierland minder snel verlopen dan in Engeland. N e w s h o l m e schreef, evenals K o c h in 1910, dit ook destijds reeds opvallende verschijnsel toe aan het feit, dat in Ierland steeds minder mogelijkheid tot opnemng van besmettelijke tuberculoselijders is geweest dan in Engeland met zijn tuberculoseziekenhuizen.

Een groot nadeel ondervond Ierland in 1930 van de opheffing van de National Insurance Act van 1911, waardoor alle patiënten, voordien krachtens de wet tegen ziekte verzekerd, niet in staat waren sanatorium-behandeling te ondergaan en het onderhoud van hun gezin tijdens de behandeling te bekostigen.

De regeering van Zuid-Ierland zag in, dat de organisatie der tuberculosebestrijding dringend herziening behoefde en vaardigde in 1945 een tuberculosewet uit.

Krachtens deze wet moet een aantal sanatoria, te zamen met meer dan 2000 bedden, worden gebouwd, voorzien van moderne Röntgen-installaties. Het groote tekort aan sanatoriumruimte, waaraan Ierland steeds lijdende is geweest zal dan, naar men hoopt, hiermede worden opgeheven. Een opleiding zal plaats vinden voor z.g. tuberculose-verpleegsters. De gemeentebesturen worden voorts krachtens deze wet in staat gesteld subsidies te verleen en bij de verbouwing van woningen, waarin een tuberculoselijder niet voldoende geïsoleerd kan worden verpleegd.

In Noord-Ierland, dat een eigen regeering heeft, is begin 1946 een wetsontwerp bij het Lagerhuis ingediend met betrekking tot de tuberculosebestrijding (Public Health Tuberculosis Act 1946).

Krachtens deze wet berust de leiding der tuberculosebestrijding bij een z.g. Tuberculoseraad, welke o.m. belast is met de antituberculeuze opvoeding van de bevolking, met het opsporen der infectiebronnen, met het regelen der sanatoriumopname, met de opleiding van studenten, verpleegsters en met het organiseren van artsencursussen. Het ontwerp bevat verder enkele verstrekkende maat-

regelen: de Raad heeft namelijk het recht een persoon, lijdende aan tuberculose, voor onderzoek op te roepen, indien de huisarts dit noodig acht, evenals personen, die in contact leven met een besmettelijken tuberculoselijder. De aangifte van ziekte- en sterfgevallen aan tuberculose geschiedt aan den Raad. Indien de huiselijke omstandigheden van een besmettelijken tuberculoselijder van dien aard zijn, dat geen voldoende prophylaxe kan worden betracht, dan kan de Raad afzondering in een inrichting vorderen. De Raad is verantwoordelijk voor de kosten van opneming en voor het onderhoud van het gezin.

Samenvatting.

Lang voor de oprichting der sanatoria, welke evenals die der consultatiebureaux ongeveer 1900 een aanvang neemt, kent Engeland de tuberculoseziekenhuizen (staatsarmenziekenhuizen, particuliere of stedelijke ziekenhuizen), in welke inrichtingen vooral de vergevorderde tuberculoselidder worden verpleegd.

Hoewel de „Public Health Act” van 1875 de mogelijkheid schiep voor de besturen van steden en graafschappen de bestrijding van besmettelijke ziekten (waaronder later ook de tuberculose) uit te oefenen, werd van deze bevoegdheid in het begin dezer eeuw nog weinig gebruik gemaakt. Eveneens liet in dien tijd de rechtstreeksche staatsbemoeiing nog veel te wenschen over.

Het is vooral de „National Association” (opgericht 1898) geweest, die aandrang, zoowel bij de Overheid als bij particulieren, op uitoefening van daadwerkelijke tuberculosebestrijding.

Waren in de jaren omstreeks 1905 verschillende steden en landelijke districten overgegaan tot de vrijwillige aangifte van ziektegevallen, in de jaren 1909—1912 wordt deze van staatswege voor alle gevallen van tuberculose verplicht gesteld. Circulaires, herhaaldelijk gezonden door het departement van volksgezondheid aan de verschillende gezondheidsautoriteiten in steden en landelijke districten, waarin wordt aangedrongen op het nakomen van den plicht tot aangifte, wijzen erop, dat hieraan nog wel een en ander ontbreekt.

Het staatsrapport van Lord Astor van 1912 stelt voor de invoering van de zgn. tuberculosediensden (schemes), uitgaande van steden,

landelijke districten en graafschappen. Onder deze „schemes” ressorteert de geheele tuberculosebestrijding (vgl. Frankrijk).

Naar aanleiding van dit Rapport worden de Graafschappen en Stedelijke Raden uitgenoodigd tot invoering van deze diensten.

Door de „Public Health Act” van 1921 worden genoemde instanties verplicht tot de invoering der tuberculose-schemes. Op deze wijze is dus de geheele tuberculosebestrijding in Engeland in handen van de Overheid gelegd. Toch blijkt voor een goede uitvoering der tuberculosebestrijding steeds pressie van overheidswege op de Raden van steden en graafschappen noodzakelijk te zijn.

De „Public Health Act” van 1925 maakt gedwongen isolatie van de tuberculoselijders mogelijk, die opneming in een sanatorium weigeren en bij wie de huisvesting en de verdere omstandigheden een goede preventie onmogelijk maken. De maximumtijd voor gedwongen isolatie is drie maanden. Eenerzijds wordt gewezen op de goede werking van dezen maatregel als stok achter de deur, anderzijds vindt men, dat er in werkelijkheid niet vaak genoeg gebruik van wordt gemaakt. In het zelfstandige Ierland wordt in 1946 een wetsontwerp ahangig, dat verstreckende maatregelen omvat (gedwongen afzondering, recht tot oproepen voor contactonderzoek).

6. BELGIE.

Begin van het consultatiebureau- en sanatoriumwezen.

Als in 1887 op initiatief van Dr. Derscheid op de Brusselsche Universiteits-polikliniek de gelegenheid geopend wordt zich gratis op tuberculose te laten onderzoeken, waarbij tevens adviezen verstrekt worden betreffende de prophylaxe, is dit het begin van het consultatiebureauwezen en hiermede dat van een doelbewuste tuberculosebestrijding in België.

Tegelijkertijd gelukt het Prof. M a l v o z het Bestuur der provincie Luik te bewegen een studiec ommissie naar het buitenland te zenden om zich op de hoogte te stellen van de vorderingen der tuberculosebestrijding in den vreemde. Deze reis heeft tot resultaat, dat een aanvang wordt gemaakt met den bouw van het eerste Belgische sanatorium voor longlijders, het sanatorium te Borgoumont, dat eigendom is van de provincie Luik en in 1903 geopend wordt.

M a l v o z is verder degene geweest, die de idee van het „dispensaire antituberculeux” van Calmette in België het eerst heeft verwezenlijkt door het oprichten van een consultatiebureau in Luik in 1900.

Vooraanstaande geneeskundigen, als v a n R i j n en D e r s c h e i d te Brussel en D e w e z te Bergen, zagen in, dat de strijd tegen de tuberculose niet beperkt moet blijven tot enkele centra, doch dat hij in het geheele land onder alle lagen der bevolking moet worden gevoerd.

„Ligue Nationale Belge contre la tuberculose.”

De „Société de Médecine publique et de Topographie Médicale” werd voor dit probleem geïnteresseerd en met behulp van deze vereeniging werd in 1900 de „Ligue nationale Belge contre la tuberculose” gesticht, waarvan het doel was, de oprichting van consultatiebureaux en preventoria.

„Société des Sanatoria populaires.”

Twee jaar tevoren was, eveneens op initiatief van D e r s c h e i d , een vereeniging gesticht, het „Oeuvre de la Tuberculose”, met het doel gelden bijeen te brengen voor den bouw van volkssanatoria. In 1902 wordt de naam van deze vereeniging veranderd in „Société des Sanatoria populaires”, die in België het eerste sanatorium sticht, uitgaande van het particuliere initiatief.

We zien dus in België van den beginne aan den strijd met tweeërlei wapenen gevoerd, het consultatiebureau en het sanatorium.

Consultatiebureaux.

De Ligue Nationale is dus een lichaam, louter ontsproten aan het particuliere initiatief. Spoedig weet zij zich den steun van de Overheid, zoowel van het Rijk en de Provincie als van de Gemeente te verwerven. De Vereeniging heeft provinciale en plaatselijke comité's. De provinciale worden samengesteld uit vertegenwoordigers van de plaatselijke. Op dezelfde wijze hebben leden van het provinciaal comité zitting in de Conseil d'administration, het centrale bestuurslichaam.

De plaatselijke comité's voeren de prophylactische maatregelen uit, voorgeschreven door de consultatiebureaux. Ze zijn te vergelijken met onze Kruisvereenigingen of plaatselijke tuberculosebestrijdingsvereenigingen.

Eén van de voornaamste functies van de Ligue is de stichting van consultatiebureaux.

Ook die consultatiebureaux, die niet het eigendom zijn van de Ligue, zooals provinciale, stedelijke of particuliere, zijn nauw met de Ligue verbonden door de rijkssubsidies, die hun door middel van de Ligue verstrekt worden.

Het consultatiebureauwerk in België komt overeen met dat bij ons; daarnaast verstrekt het hulp in den vorm van voedsel of geldelijke ondersteuning aan behoeftige patiënten.

Het aantal consultatiebureaux neemt kort na den eersten wereldoorlog sterk toe, hetgeen vooral mogelijk wordt gemaakt door subsidie van het tijdens den oorlog opgerichte „Comité national de secours et d'alimentation.”

In 1937 bedraagt het aantal 113.

De Ligue nationale heeft verder bevordering van het wetenschappelijk onderzoek betreffende de tuberculose ten doel.

Zeër veel heeft zij gedaan voor de antituberculeuze opvoeding van de bevolking door middel van een uitgebreide propaganda. Ook is ze verschillende malen opgetreden tegen de kwakzalverij.

In het begin van haar bestaan nam de Ligue ook de bescherming van het kind in haar programma op. Zoo stichtte ze talrijke Preven-

toria, inrichtingen, waarin kinderen met latente tuberculose worden opgenomen om te voorkomen, dat het proces actief wordt. Preventoria, welke eigendom zijn van andere instellingen, staan eveneens onder contrôle van de Ligue.

Met behulp van haar plaatselijke comité's houdt de Ligue zich bezig met de bescherming van het bedreigde kind.

„Oeuvre de Préservation de l'enfance contre la tuberculose.”

In 1911 wordt een speciale vereeniging voor dit doel opgericht: het „Oeuvre de Préservation de l'Enfance contre la tuberculose”. Ze is ontstaan naar analogie van het *Oeuvre Grancher* in Frankrijk, dat door Calmette werd gepropageerd op het Internationale Tuberculosecongres te Brussel in 1910 en tracht het gezonde kind zoo vroeg mogelijk te onttrekken aan het besmettingsgevaar in het gezin. In 1911 opende de vereeniging haar eerste inrichting, vanwaaruit de kinderen in gezonde gezinnen op het platteland worden ondergebracht en vanwaaruit verdere contrôle blijft plaats vinden.

In 1919 opent het „Oeuvre de Préservation” een „pouponnière”, verbonden aan de school voor verpleegsters te Uccle bij Brussel (*Ecole Edith Cavell*). De inrichting neemt uitsluitend kinderen beneden de twee jaar op.

Sanatoria.

Aan het einde van den eersten wereldoorlog bedroeg het aantal sanatoria in België slechts 8. De sterke toeneming van de tuberculose leidde ertoe, dat het „Comité national de Secours et d'Alimentation” een vereeniging oprichtte met het doel aan de uitbreiding van de ziekte paal en perk te stellen: de „Société coopérative Nationale contre la tuberculose”. Deze vereeniging wist in korten tijd een bedrag van 10 millioen fr. bijeen te brengen. Met behulp hiervan worden eerst bestaande sanatoria uitgebreid en, zoodra dit mogelijk werd, nieuwe gebouwd. Militaire barakken worden ingericht voor opneming van tuberculeuze kinderen. Het aantal consultatiebureaux wordt sterk uitgebreid. De nazorg van ontslagen patiënten wordt ter hand genomen.

„Association nationale belge contre la tuberculose.”

In 1923 vindt fusie plaats van de „Société coopérative” met de vroeger genoemde „Société des Sanatoria populaires”, waarbij de „Association nationale belge contre la tuberculose” wordt geboren. Het doel van deze vereeniging is oprichting en exploitatie van sanatoria, zoowel uit prophylactisch als uit therapeutisch oogpunt.

In 1937 heeft België 25 sanatoria, die behalve door bovengenoemde organisatie geëxploiteerd worden door den Staat, de Provincie, Gemeenten of andere vereenigingen, waaronder ook de „Ligue nationale”.

„Oeuvre nationale belge contre la tuberculose.”

In den loop der jaren vestigt zich meer en meer de overtuiging, dat voor het bereiken van gunstige resultaten nauwe samenwerking noodzakelijk is tusschen de drie bestaande, geheel zelfstandige vereenigingen. Dit leidt in 1929 tot oprichting van het „Oeuvre nationale belge de défense contre la tuberculose”, welke vereeniging uit drie afdeelingen bestaat, n.l.:

1. la „Section de prophylaxie générale”, de vroegere Ligue nationale.
2. la „Préservation de l’Enfance contre la tuberculose”.
3. la „Section des traitements et cures”, de oorspronkelijke Association nationale.

Het Oeuvre nationale wordt 23 Mei 1929 door den Minister van Binnenlandsche Zaken en Hygiëne geïnstalleerd. In zijn rede wijst de Minister o.m. op die takken der tuberculosebestrijding, waarvoor dringend uitbreiding noodzakelijk is. Hij legt hierbij vooral den nadruk op de nazorg, de contrôle na het ontslag uit het sanatorium en de isolatie van de ongeneeselijke gevallen. Tevens wordt medegedeeld, dat de rijkssubsidie voor tuberculosebestrijding zal worden verhoogd van $5\frac{1}{2}$ op $7\frac{1}{2}$ millioen fr. per jaar.

Een jaar later ontvangt het Oeuvre van de regeering een gift van 100 millioen fr. ten bate van de tuberculosebestrijding. Ter gelegenheid hiervan wordt een programma opgesteld van de uitbreidingen en verbeteringen, die het Oeuvre denkt in te voeren.

Men denkt aan vermeerdering van het aantal sanatoriumbedden, zoowel voor volwassenen als voor kinderen, zoowel voor long- als voor chirurgische tuberculose. Verder wordt de mogelijkheid genoemd van het oprichten van z.g. tuberculosecentra in de buurt van groote steden, welke zijn bedoeld als observatiecentra, als inrichtingen, waar chirurgisch ingegrepen kan worden en waarin ongeneeselijke gevallen worden opgenomen (te vergelijken met het Fransche centre hospitalier).

Men wil voorts vermeerdering van het aantal consultatiebureaux met verbetering der outillage.

Ook de duur van het sanatoriumverblijf is in België te kort, omdat de financiële zijde ervan nog niet geheel in orde is.

Hoewel er dus wel iets te wenschen overblijft is het tuberculosesterftecijfer in België van 1890 tot 1935 gedaald van 210 tot 80 per 100.000 inwoners.

Wettelijke maatregelen.

Wettelijke maatregelen, alleen en direct op de tuberculose betrekking hebbend, kent België niet.

Het besluit van 6 Februari 1946, met betrekking tot de besmettelijke ziekten, bevat enkele artikelen met betrekking tot de tuberculose. Aangegeven moet worden elk geval van tuberculose der ademhalingswegen. De aangifte moet geschieden aan den Inspecteur voor de Hygiëne door den huisarts, den schoolarts, den directeur van het labaratorium, waar sputumonderzoek heeft plaats gehad, den directeur van het consultatiebureau of den directeur van het sanatorium. De inspecteur stelt in samenwerking met den behandelenden medicus een onderzoek in naar de infectiemogelijkheid in het gezin en neemt de prophylactische maatregelen, die hij noodzakelijk oordeelt.

Samenvatting.

Het consultatiebureau- en het sanatoriumwezen, dat zich in België ongeveer gelijktijdig gaat ontwikkelen (om 1900), gaat uitsluitend uit van het particuliere initiatief.

De vereenigingen, die zich hiermede bezig houden, zijn de „Ligue

Nationale" voor de consultatiebureaux en de „Société des sanatoria populaires" voor de sanatoria. Beide vereenigingen krijgen spoedig rijkssteun.

De „Ligue Nationale" beweegt zich uitsluitend op het gebied van de preventie. Ook de consultatiebureaux niet door haar opgericht, worden door haar medebeheerd en ontvangen via de Ligue de rijks-subsidie.

De „Société des sanatoria populaires" wordt in 1923 vereenigd met de tijdens den oorlog opgerichte tuberculosebestrijdingsvereeniging en draagt dan den naam van „Association nationale".

Een derde particuliere vereeniging is het „Oeuvre de préservation de l'Enfance", te vergelijken met het „Oeuvre Grancher".

De drie genoemde vereenigingen worden in 1929 samengevoegd tot het „Oeuvre nationale belge contre la tuberculose".

België kent, afgezien van de staatssubsidie en de staatscontrôle, weinig of geen staatsbemoeiing op het gebied der tuberculosebestrijding.

De Wet op de besmettelijke ziekten van 1946 eischt verplichte aangifte van alle gevallen van longtuberculose. Het doel van deze aangifte is contrôle op de prophylaxe.

7. VEREENIGDE STATEN VAN NOORD-AMERIKA.

Eerste preventieve maatregelen.

Voor zich in de Vereenigde Staten een stelselmatige tuberculosebestrijding gaat ontwikkelen, werden reeds enkele malen pogingen gedaan preventieve maatregelen te nemen.

Zoo tracht S. S m i t h , in zijn functie van gezondheidscommissaris der stad New-York, in de jaren 1868—'75 het aangeven van tuberculose wettelijk verplicht te stellen uit hoofde van het feit, dat hij de

tuberculose als een besmettelijke ziekte beschouwt. Zijn pogingen falen.

Een artikel van E. G. J a n e w a y in 1882, „Possible contagion of phtisis”, ademt denzelfden geest.

In 1889 bieden enkele New-Yorksche medici den stedelijken gezondheidsdienst een rapport aan, waarin de contagiositeit der tuberculose bepleit wordt en waarin wordt aanbevolen maatregelen te nemen tegen de verspreiding der ziekte. De gezondheidsdienst legt het rapport ter beoordeeling voor aan een commissie van twaalf vooraanstaande medici. Hoewel verschillende leden dezer commissie geen instemming betuigen met dit rapport, spreekt de Dienst er toch tenslotte een gunstig oordeel over uit en besluit tot de uitgave van een populair geschriftje, handelend over de oorzaak en de voorkoming der tuberculose. Dit blaadje, dat vooral verspreid wordt onder de arbeidersbevolking van New-York, luidt de episode der anti-tuberculoseopvoeding in, welk onderdeel der tuberculosebestrijding in de Vereenigde Staten grooter vlucht heeft genomen dan in eenigen Europeeschen staat.

Maatregelen van de stad New-York.

In 1894 gaat de Gezondheidsdienst van New-York de tuberculosebestrijding daadwerkelijk beginnen op instigatie van zijn directeur, H e r m a n B i g g s en wel door het nemen van de volgende maatregelen:

1. Verplichte aangifte bij den Gezondheidsdienst van gevallen van tuberculose in openbare inrichtingen (ziekenhuizen, gestichten enz.).
2. Aanstelling van gezondheidsinspecteurs, wier taak bestaat in het verrichten van huisbezoek in de gezinnen der aangegeven patiënten.
3. Verplichte isolatie van onwillige gevallen in daarvoor bestemde inrichtingen.
4. Oprichting van sanatoria en ziekenhuizen voor tuberculoselijders.
5. Gratis sputumonderzoek.
6. Vrijwillige aangifte van gevallen van longtuberculose door huisartsen.

Deze laatste maatregel wordt drie jaar later vervangen door verplichte aangifte van longtuberculose door huisartsen.

Het voorbeeld van New-York wordt in de volgende jaren door vele steden gevolgd.

Sanatoria en tuberculoseziekenhuizen.

De eerste inrichtingen voor opnemning van tuberculoselijders dateeren uit den tijd van 1850—'60, toen in enkele groote steden tuberculose-ziekenhuizen, meestal op particulieren grondslag, werden gesticht. Ze zijn alle bestemd voor de verpleging van behoeftige lijders in een vergevorderd stadium.

Voor de eigenlijke sanatoriumperiode aanbreekt, zien we reeds dezen en genen openlucht-behandeling propageeren. Zoo onderneemt in 1803 de beroemde mathematicus Nataniël Bowditch na een longbloeding met succes een reis van enkele maanden met paard en rijtuig, waarbij de dagen en nachten uitsluitend in de open lucht worden doorgebracht.

Een pionier op dit gebied is verder de arts W. A. M c. D o w e l l , die in 1843, in een tijd, toen de behandeling der longtuberculose bestond in aderlaten, purgeeren en het voorschrijven van een zacht dieet, een boek schreef, getiteld „The curability of pulmonary consumption in all its stages”, waarin hij, op grond van eigen ervaring, frissche lucht, stevige kost en matige lichaamsbeweging aanbeval. Geen wonder, dat hij door vele van zijn collega-tijdgenooten als ketter werd beschouwd!

Het eerste sanatorium voor on- en minvermogende tuberculoselijders werd gesticht in 1884 door T r u d e a u , zelf tuberculoselijder, in Saranac-Lake in het Adirondack-gebergte. Opgericht als „the red little cottage” voor twee patiënten, is het in den loop der jaren uitgegroeid tot een groot gebouwencomplex en centrum van wetenschappelijk onderzoek.

De sanatoria en tuberculoseziekenhuizen, in de komende jaren verzezen, zijn resultaat zoowel van het particuliere initiatief als van de overheidsbemoeiing. De federale regeering, die der verschillende staten, alsook de gemeenten exploiteeren en beheeren sanatoria.

Hoewel het aantal bedden in verhouding tot het bevolkingscijfer groot is (in 1931 80.000 op een bevolking van 124822000 zielen), klaagt Williams in 1927 er nog over dat de opneming nog te dikwijls in een laat stadium plaats vindt, omdat de kostenregeling niet ideaal is. Financiële moeilijkheden zijn vaak oorzaak, dat de opneming vertraagd wordt of in het geheel niet plaats heeft, een en ander in verband met het feit, dat Amerika geen verplichte ziekteverzekering kent. Ook de contrôle na het ontslag laat volgens Williams te wenschen over.

Consultatiebureaux.

Het eerste consultatiebureau in Amerika werd opgericht in 1903 door Flick in Philadelphia, financieel gesteund door den philanthroop mr. Henry Phipps.

Uit deze samenwerking is langzamerhand het bekende Phipps Instituut ontstaan, thans onderdeel van de Universiteit van Pennsylvanië. Het omvat een ziekenhuis, een polikliniek, een laboratorium en een wetenschappelijke afdeling, welke laatste zich vooral bezig houdt met het tuberculosevraagstuk bij de negers.

„National Tuberculosis Association.”

Wordt in den beginne de tuberculosebestrijding in de groote steden hoofdzakelijk door de gezondheidsdiensten gevoerd, in de laatste jaren der vorige eeuw verrijzen in alle staten en steden particuliere vereenigingen, die zich aan de tuberculosebestrijding gaan wijden. In 1904 wordt de „National Tuberculosis Association” gesticht, zetelend te New-York, die alle bestaande nationale vereenigingen der Staten en de subvereenigingen hiervan verbindt.

In 1934 hadden alle Staten een nationale vereeniging, terwijl er in het geheel 2000 stedelijke en plaatselijke vereenigingen waren. Aan het hoofd van dit alles staat de Nationale Vereeniging.

Zoo zien we dus ten leste in Amerika twee centra, ieder op eigen wijze den strijd tegen de tuberculose voerend: de afzonderlijke Staten, die wetten maken, de tuberculosegevallen opsporen en registreeren door

middel van hun consultatiebureaux, sanatoria oprichten en exploiteeren en daarnaast het particuliere initiatief, hoofdzakelijk in den vorm van de Nationale Vereeniging met hare uitgebreide vertakkingen.

De Nationale Vereeniging stimuleert den Staat tot activiteit en dient hem van advies bij het nemen van wettelijke maatregelen. Anderzijds tracht ze het volk door middel van propaganda en voorlichting te overtuigen van het nut der te nemen maatregelen. Deze propaganda, eene der belangrijkste taken van de Nationale Vereeniging, heeft in Amerika fenomenale afmetingen aangenomen. Reclameplaten in openbare gebouwen, optochten met muziek, reizende tentoonstellingen, opvallende artikelen in kranten, vlugschriften, redevoeringen, ziedaar de middelen ter opvoeding en voorlichting van de bevolking tot en in den strijd tegen den tuberkelbacil. De Nationale Vereeniging oefent verder invloed uit op den woning- en schoolbouw, de fabriekshygiëne enz. Ze heeft steeds bevorderd, dat de nationale rijkdom werd aangewend voor de verbetering van de sociale omstandigheden der werkende klasse.

De plaatselijke tuberculoseverenigingen gaan dikwijls voor bij de oprichting van een consultatiebureau en de aanstelling van een huisbezoekster. Functionneert een en ander eenmaal goed, dan wordt het meestal door de Overheid overgenomen.

Een bijzonderheid bij de organisatie in Amerika is deze, dat de Nationale Vereeniging, gelijk ook de subverenigingen, finantiëel zelfstandig zijn en geen staatssubsidie genieten. Haar rijke bron van inkomsten is de kerstpostzegel, waarvan de verkoop, dank zij de uitgebreide propaganda en reclame, waarmee die wordt ingeleid, enorme sommen opbrengt. Zoo bedroeg de totale opbrengst in 1932 5,5 miljoen dollar.

Naast de nationale vereeniging zijn er vele andere lichamen, die zich hebben belast met de tuberculosebestrijding.

In dit verband moet genoemd worden het prophylactische werk van vele levensverzekeringsmaatschappijen.

Ook de kerken nemen deel aan den strijd. Eens in het jaar wordt in alle kerken een zoogenaamden tuberculosediens gehouden.

Wettelijke maatregelen.

Een algemeene rijkstuberculosewet bestaat niet, omdat krachtens de grondwet elke staat het recht heeft zijn hygiënische problemen zelf op te lossen.

In de historische inleiding vermeldde we reeds, hoe de stad New-York voorging in het stellen van de verplichte aangifte van long-tuberculose. Deze verplichting bestaat thans in 13 van de 48 staten en in 53 van de 86 steden.

Verdere wettelijke maatregelen leggen den Staten bepaalde verplichtingen op, als de oprichting van sanatoria, ziekenhuizen of consultatie-bureaux of geven aan kleinere gebieden (provincies of gemeenten) het recht ziekenhuizen of sanatoria te bouwen met behulp van staats-subsidie.

In de meeste Staten bestaat een spuwverbod. Indirect van belang voor de tuberculosebestrijding zijn wetten op het geneeskundig schooltoezicht, op de hygiëne van openbare gebouwen enz.

Verder is in de meeste Staten op de Middelbare scholen het theoretische en practische onderwijs in de hygiëne verplicht.

Gedwongen isolatie.

Gedwongen isolatie is in vele staten mogelijk. Zeer vroeg was dit zooals we zagen reeds het geval in de stad New-York.

P i j n a p p e l schrijft hierover, in 1910, naar aanleiding van een studiereis door Amerika: De huisbezoekster tracht de familie te overtuigen van het nut der prophylaxe. Gelukt dit niet, dan brengt ze rapport uit aan den gezondheidsdienst en komt de zaak in handen van den tuberculose-inspecteur. Geeft diens inmenging ook geen resultaat, dan kan overbrenging naar een inrichting gelast worden. Zoover komt het intusschen slechts zelden. In de meeste gevallen is het weten van de mogelijkheid van dwang voldoende.

L a n d a u (1930) beschrijft den betreffenden gang van zaken in den staat Illinois: In 95 % van de gevallen weet de huisbezoekster te bereiken, dat haar adviezen worden opgevolgd. Is dit niet het geval, dan wordt de gezondheidscommissaris gezonden, wiens verschijning

vaak nog toestemming tot opneming ten gevolge heeft. Gelukt het hem niet, dan kan de woning voorzien worden van een plakkaat: „Tuberculose”. Tenslotte kan de gezondheidscommissaris overbrenging naar een inrichting eischen, zoo noodig met gebruik van geweld.

Mortaliteit.

Amerika is een van de landen, waar de tuberculosemortaliteit sterk gedaald is. In 1900 bedroeg ze 202, in 1934 56,6 per 100.000 inwoners.

Samenvatting.

Voor 1900 zijn het vooral de stedelijke gezondheidsdiensten, die de tuberculosebestrijding gaan organiseeren. Ze nemen onder meer reeds maatregelen tot verplichte aangifte en verplichte isolatie.

De sanatoria en de consultatiebureaux, beide dateerend uit het begin dezer eeuw, ontspruiten zoowel aan het particuliere initiatief als aan de overheid.

Het groote lichaam, dat het particuliere initiatief vertegenwoordigt, is de National Tuberculosis Association. Uitgebreide propaganda, volksvoorlichting, indirecte tuberculosebestrijding, adviseering van den Staat zijn haar belangrijkste werkzaamheden. De vereeniging werkt zonder staatssubsidie.

Daarnaast zien we de overheidsbemoeiing, die het invoeren van wettelijke bepalingen, het uitoefenen van de preventie door middel van de consultatiebureaux en het oprichten van sanatoria omvat.

Een groot deel der staten en steden heeft de verplichte aangifte van ziektegevallen ingevoerd, zoomede de mogelijkheid van verplichte isolatie.

HOOFDSTUK III.

Organisatie der tuberculose-bestrijding in Nederland. ¹⁾

Sanatoria.

Evenals in Duitschland begint in Nederland de tuberculose-bestrijding met de oprichting van sanatoria. Trok na het bekend worden der behandelingswijze van Brehmer menig gefortuneerd tuberculoselijder naar het buitenland om daar den heilzamen invloed van de lucht in het hooggebergte te ondergaan, de opening van het Nederlandsche sanatorium te Davos-Platz in 1897 door de Vereeniging tot Behartiging der Belangen van Nederlandsche Longlijders maakte, dat ook de minder goed gesitueerde lijder deze behandeling deelachtig kon worden.

Spoedig begint ook de gedachte aan bouw van sanatoria op Nederlandschen bodem veld te winnen. Zoo hooren we in 1890 den arts *Wijnhoff* hiervoor een pleidooi houden in de algemeene vergadering van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst en schrijft de officier van gezondheid *Nord* een populair artikel over dit onderwerp.

De eerste Nederlandsche inrichting, waar openluchtbehandeling wordt toegepast, is die, welke in 1898 door den arts *Hoekstra* te Heilo werd gesticht, twee jaren later gevolgd door een dergelijke inrichting te Putten, het werk van den arts *Haentjes*.

¹⁾ Daar de geschiedenis van de ontwikkeling der tuberculosebestrijding in Nederland bij de meeste lezers van dit geschrift als bekend verondersteld wordt, zijn we in de behandeling hiervan beknopt gebleven. In hoofdzaak bepalen we ons in dit hoofdstuk tot de staatsbemoeiing op dit gebied hier te lande, i.c. de wettelijke maatregelen.

H o m o e t , de voorvechter voor de schepping van het Nederlandsche volkssanatorium, neemt in 1897 het initiatief tot stichting der „Vereeniging tot oprichting en exploitatie van Volkssanatoria voor borstlijders in Nederland”, welke vereeniging in staat was in 1902 te Hellendoorn het eerste Nederlandsche Volkssanatorium te openen.

Uit denzelfden tijd dateeren het sanatorium „Oranje-Nassau's Oord” te Renkum, mogelijk gemaakt door een schenking van H. M. de K o n i n g i n - M o e d e r , en het sanatorium Hoog-Laren van de vereeniging „Amsterdamsch Sanatorium voor Borstlijders”.

Moest de oprichting en de exploitatie van deze sanatoria gedurende de eerste jaren uitsluitend uit particuliere middelen plaats hebben, in 1904, als voor het eerst staatssubsidie voor de tuberculosebestrijding wordt uitgetrokken, valt ook een deel dezer subsidie den sanatoria ten deel.

De oprichting van sanatoria neemt in Nederland niet die groote vlucht, die we in het buitenland veelal waarnemen. Zoo vermeldt het rapport van den Centralen Gezondheidsraad in 1917, dat Nederland per 6285 inwoners één sanatoriumbed bezit. Dat is zeer weinig in vergelijking met die landen, waar het cijfer der sterfte aan tuberculose ongeveer even hoog is. (Duitschland heeft één bed per 2141, Denemarken één per 1000, Zwitserland, waar het cijfer der sterfte aan tuberculose 1,6 maal zoo hoog is, één per 3554 inwoners.) In 1933 is het aantal bedden gestegen tot 3400, d.i. één bed per 2400 inwoners.

De staatsbemoeiing inzake de tuberculosebestrijding, welke bemoeiing inzet in 1920, strekt zich in zooverre ook tot de sanatoria en andere verpleeginrichtingen voor tuberculoselijdens uit, dat voor verpleging van deze laatste in inrichtingen slechts dan bedragen uit de Rijks-subsidie mogen worden aangewend, als deze inrichtingen door de geneeskundige inspectie zijn goedgekeurd.

Nederland bezit geen tuberculoseziekenhuizen. (Het Tesselschade ziekenhuis is niet meer uitsluitend voor tuberculoselijdens ingericht). Voor en tijdens de oprichting der eerste sanatoria is intusschen dikwijls gepleit voor dergelijke inrichtingen.

De taak der sanatoria was oorspronkelijk, toen er vrijwel alleen beginnende gevallen werden opgenomen, hoofdzakelijk een behandelende; voor een klein deel, namelijk voorzoover het de hygiënische opvoeding van den patiënt betrof, was hun taak een prophylactische.

Nederlandsche Centrale Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose.

De tuberculosebestrijding in eigenlijken zin, de preventie dus, neemt in Nederland een aanvang in het eerste decennium dezer eeuw. De Nederlandsche Centrale Vereeniging eenerzijds, de plaatselijke vereenigingen met hare consultatiebureaux anderzijds, zijn de organisaties, die het uitgangspunt vormen.

De stoot tot het ontstaan van het Nederlandsche Centraal-Comité werd gegeven door de in 1901 opgerichte Internationale Vereeniging, die als eisch bij de opnemng van een staat in het internationale verband het bezit van een landelijke vereeniging stelde.

Dit had ten gevolge, dat in September 1903 door de op tuberculosebestrijdingsgebied bestaande vereenigingen het Centraal-Comité werd opgericht, dat zich ten doel stelde aansluiting te verkrijgen bij de Internationale Vereeniging, een onderlingen band te vormen, samenwerking te bevorderen en de tuberculosebestrijding geldelijk te ondersteunen. In 1907 wordt door het ontstaan van talrijke plaatselijke vereenigingen, die medezeggenschap in het bestuur gaan vragen, een wijziging der statuten noodzakelijk, waarbij de naam der vereeniging wordt veranderd in „Nederlandsche Centrale Vereeniging tot Bestrijding der Tuberculose”.

Een belangrijke functie is die van den secretaris-penningmeester, welke o.m. inhoudt het maken van propagandareizen met het doel de stichting van plaatselijke vereenigingen te bevorderen. Naast volksvoorlichting, een belangrijke taak van de Nederlandsche Centrale Vereeniging, dient zij de overheid van advies inzake de tuberculosebestrijding.

In 1911 draagt de Regeering aan de Nederlandsche Centrale Vereeniging de contrôle op over de besteding der subsidies. De reizen van den secretaris-penningmeester nemen nu het karakter aan van

contrôlereizen. Van deze opdracht wordt ze in 1920 bij het instellen der geneeskundige inspecties weder ontheven.

In het kort samengevat blijft de taak der Nederlandsche Centrale Vereeniging na 1920: vertegenwoordiging bij de Internationale Vereeniging, het vormen van een band tusschen alle vereenigingen en instellingen, die de tuberculosebestrijding beoefenen, het voeren van propaganda, het organiseren der Emmabloemcollecte, het beoefenen van het wetenschappelijk onderzoek. Naast een wetenschappelijke commissie heeft de Centrale Vereeniging een commissie voor arbeidstherapie en nazorg, voor het verpleegfonds e.a.

Plaatselijke Vereenigingen.

De vorming der plaatselijke vereenigingen vangt aan met de in 1903 opgerichte Rotterdamsche vereeniging tot bestrijding der tuberculose. Naast de registratie van de binnen de gemeente voorkomende gevallen van tuberculose heeft zij ten doel de oprichting en instandhouding van een consultatiebureau voor behoeftige tuberculoselidder, welk bureau aanvankelijk geleid wordt door de huisartsen.

Andere steden volgen spoedig. Het huisbezoek wordt ingevoerd. Eerst geschiedt dit door zoogenaamde enquêtrices, later neemt de Centrale Vereeniging de opleiding van huisbezoeksters ter hand (1910). Op het platteland gaan vele Kruisvereenigingen de tuberculosebestrijding in haar programma opnemen: de zoogenaamde gelijkgestelde vereenigingen ontstaan.

De wijze van subsidieering dezer vereenigingen door den Staat wordt vastgelegd en herhaaldelijk herzien.

Naast rijkssubsidie trachtten in 1908 de plaatselijke vereenigingen te Amsterdam, Haarlem en den Helder een subsidie van de Provincie te verkrijgen, doch een verzoek in dezen geest werd door Gedeputeerden van de hand gewezen wegens het ontbreken van provinciaal verband. Dit was aanleiding tot de oprichting van de Provinciale Noordhollandsche Vereeniging, tot welker oprichting de Overheid dus zelve indirect den stoot heeft gegeven.

Op het voorbeeld van Noord-Holland ontstaan in den loop der jaren in alle provincies provinciale vereenigingen, hetzij in den vorm van

zelfstandige vereenigingen, hetzij als onderdeel van de provinciale Kruisvereeniging.

Omstreeks 1920 exploiteeren de plaatselijke vereenigingen der meeste steden een consultatiebureau.

Districtsconsultatiebureaux.

De ontwikkeling van den districtsconsultatiebureaudienst, zooals wij dezen nu kennen, begint in 1922, als de Minister van Arbeid (onder wiens departement destijds volksgezondheid ressorteerde) f 100.000 extra op de begrooting uittrekt voor het instellen van consultatiebureaudiensten, beheerd door de provinciale vereeniging en gesubsidiëerd door den Staat en de Provincie. In den loop van 1932 was dit systeem over het geheele land ingevoerd.

Inspectie voor de tuberculosebestrijding.

In September 1920 wordt een herziening van de Gezondheidswet van Juni 1901 van kracht. Deze herziening brengt o.m. mee de instelling van een afzonderlijke inspectie voor de tuberculosebestrijding, wier taak het is de Regeering van advies te dienen omtrent kwesties, het tuberculosevraagstuk betreffende, zooals het subsidiëren der vereenigingen. De Inspectie heeft verder het toezicht op de gesubsidiëerde vereenigingen en is, zooals gezegd, belast met de keuring der verpleeginrichtingen, waarin patiënten met steun van rijksgeld worden opgenomen.

Had tot 1920 de Staat slechts een subsidiërende rol gespeeld in de tuberculosebestrijding, sinds neemt hij daaraan actief deel door middel van de geneeskundige inspectie.

In 1924 wordt de Inspectie voor tuberculosebestrijding vereenigd met die voor de hygiëne van het kind. In 1926 wordt er ook de bestrijding der geslachtsziekten aan toegevoegd. Sedert 1 Januari 1933 worden de Inspecties belast met de bestrijding der besmettelijke ziekten, samengevoegd met die van de tuberculosebestrijding, de hygiëne van het kind en de geslachtsziekten, zoodat de dan ontstane „Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid” alle onderdeelen omvat.

Sedert begin 1946 is het aantal Inspecteurs (regionale zoowel als in algemeenen dienst) uitgebreid en is een Inspecteur voor de tuberculosebestrijding verbonden aan het bureau van den Hoofdinspecteur.

Wettelijke maatregelen.

Wanneer we ons tot taak stellen de wettelijke maatregelen te bespreken, die rechtstreeks van toepassing zijn op de tuberculosebestrijding, dan zouden we kunnen volstaan met memoreering van de Wet van 7 December 1934 tot bescherming van leerlingen tegen den tuberculeuzen onderwijzer of leeraar.

Immers, hoewel, sinds de organisatie der tuberculosebestrijding een aanvang nam, herhaaldelijk de wenschelijkheid van het invoeren van wettelijke maatregelen naar voren is gebracht, is dit tot nu toe het eenige wettelijke voorschrift, dat Nederland kent ten aanzien van de tuberculose.

De stappen te kennen, die in medische kringen, zoowel als door de Overheid, in den loop van deze eeuw zijn gedaan om al dan niet tot het in het leven roepen van wettelijke bepalingen te komen, draagt zeer zeker bij tot het vormen van een meening in dit vraagstuk.

Ten overvloedige moge gememoreerd worden, dat art. 1 van de Wet tot bestrijding van Besmettelijke Ziekten van 21 Juli 1928, vermeldt, dat de tuberculose en de geslachtsziekten uitgezonderd moeten blijven van de ziekten, welke bij Algemeene Maatregel van Bestuur voor toepassing van de wet in aanmerking komen.

De Memorie van Toelichting op het ontwerp van laatstgenoemde wet zegt, dat tuberculose en geslachtsziekten niet met de andere besmettelijke ziekten kunnen worden gelijk gesteld. Ze verschillen er in aard van, doordat ze ten nauwste samenhangen met sociale toestanden en — wat de geslachtsziekten betreft — met het ethische leven. „Bovendien”, aldus de wetgever, „vorderen zij gansch andere methoden van bestrijding, zoowel door haar aard als door de gevoelens van het publiek te haren opzichte. Behooren zij daarom al in dit ontwerp niet thuis, dit beteekent niet, dat de Overheid met deze ziekten geen bemoeienis zou moeten hebben. Maar die zal van een anderen aard

moeten zijn. Werden beide ziekten in het ontwerp opgenomen, dan zouden zij het onderwerp van een afzonderlijk hoofdstuk moeten vormen; maar over hetgeen dat hoofdstuk zou moeten behelzen, bestaat vooralsnog geen eenheid van inzicht.”

In de algemeene vergadering van de Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in Juli 1903 wordt besloten een commissie te benoemen om na te gaan, of de Wet op de besmettelijke ziekten ook in dien zin moet worden veranderd, dat de tuberculose hierin wordt opgenomen. De behandeling van het Rapport, door deze Commissie samengesteld, vindt plaats in de algemeene vergadering der Maatschappij, in Juli 1906 te Groningen gehouden.

De samenstellers van het Rapport achten het wenschelijk, de tuberculose op de lijst der in de Wet bedoelde besmettelijke ziekten te plaatsen en daarnaast, met betrekking tot de tuberculose, de volgende bepalingen in te voeren:

1. Verplichte aangifte van gevallen van open long- en larynxtuberculose.
2. Idem van sterfgevallen of van verhuizingen van lijders aan open tuberculose met, als maatregel hierop volgend, gratis ontsmetting.
3. Invoering van een spuwverbod.
4. Geneeskundig schooltoezicht, om tuberculeuze onderwijzers te weren.
5. Toezicht in fabrieken en werkplaatsen.
6. Beschikbaar stellen van sputumflacons voor minvermogenen.
7. Gelegenheid van Rijkswegen tot gratis sputumonderzoek.

De inhoud van het Rapport bracht de gemoederen der aanwezigen hevig in beweging. Het scheen, volgens *Wijnhoff* (een der drie samenstellers van het Rapport), of het woord „aangifte” op zichzelf reeds voldoende was, om onder de aanwezigen wantrouwen en weersin op te wekken. Vooral ontsponnen zich heftige discussies over de vraag, of de tuberculose al dan niet tot de besmettelijke ziekten moet worden gerekend.

Wanneer we in de Handelingen van deze algemeene vergadering lezen, dat een dergelijke vraag bijna een kwart eeuw na de ontdekking van den tuberkelbacil nog tot urenlange debatten aanleiding kan geven,

dan zien we, dat in dezen tijd de strijd tusschen voor- en tegenstanders van de leer der besmettelijkheid der tuberculose nog niet is beslecht. Tenslotte blijkt uit alles, dat het meerendeel der geneeskundigen geen wettelijke maatregelen wenscht. De vergadering neemt een motie aan van den volgenden inhoud:

„De Algemeene Vergadering, overwegende, dat omtrent den graad van besmettelijkheid der tuberculose en het daarvan afhankelijke gevaar voor de volksgezondheid geen voldoende zekerheid bestaat, spreekt als haar meening uit, dat vooralsnog aan de tuberculose geen plaats dient te worden gegeven in de Wet tot bestrijding der besmettelijke ziekten.”

Veel overeenkomst met de wenschen, die naar voren komen in het bovengenoemde rapport vertoonen die, welke worden samengevat in het Praeadvies, uitgebracht door een Commissie uit den Centralen Gezondheidsraad in Juni 1904 naar aanleiding van een ministeriëel schrijven aan den Centralen Raad met verzoek van advies te dienen inzake te nemen maatregelen tot bestrijding der tuberculose.

Steunende op dit praeadvies besluit de Raad in Juli 1904 den Minister aan te bevelen de volgende maatregelen te nemen:

1. Verplichte aangifte van alle gevallen van open long- en keel-tuberculose.
2. Gelegenheid tot gratis sputumonderzoek.
3. Inspectie van elk geval van open long- en keeltuberculose ter bevordering van de maatregelen, door de omstandigheden geboden.
4. Desinfectie na verhuizing of overlijden van een lijder aan open long- of keeltuberculose.
5. Het verleenen van krachtigen staatssteun aan vereenigingen of instellingen, die zich de behandeling van lijders aan tuberculose en de zorg voor de gezinnen ten doel stellen.
6. Verbetering der woningtoestanden door krachtige handhaving der woningwet.
7. Instelling van een geneeskundig schooltoezicht.

Ook op het Congres voor Openbare Gezondheidsregeling vormde de bestrijding der tuberculose in deze jaren dikwijls een punt van bespreking. De besluiten en discussies, die in groote trekken vaak dezelfde

strekking hadden als de besluiten van bovengenoemde commissies, werden gewoonlijk ter adviseering aan de Regeering doorgezonden. Het vraagstuk der verplichte aangifte had ook hier zoowel heftige voor- als tegenstanders.

Zeër zeker lag het op den weg van het Centraal Comité tot bestrijding der Tuberculose zijn stem te laten hooren over de wenschelijkheid van het nemen van wettelijke maatregelen inzake de tuberculosebestrijding. Het was vooral naar aanleiding van een besluit van het Internationale Tuberculosecongres te Kopenhagen in Mei 1904, hetwelk aanbeval verplichte aangifte van open long- en larynxtuberculose in te voeren, dat in een bestuursvergadering van het Centraal Comité in 1905 besloten werd aan de Algemeene Vergadering voor te stellen bij de Regeering op invoering van de verplichte aangifte aan te dringen.

Op de algemeene vergadering was het meerendeel der leden echter tegen het voorstel, zoodat in dezen geen beslissing genomen werd, evenmin betreffende een spuwverbod en het tuberculosevraagstuk en het onderwijs.

In 1917 acht de Centrale Gezondheidsraad het wederom gewenscht te onderzoeken of nog meer kan gedaan worden ter bestrijding van de tuberculose als volksziekte. Een commissie uit zijn midden stelt hierover een rapport samen, hetwelk aanvangt met een beschrijving van de tuberculosebestrijding in het buitenland. Naar aanleiding hiervan stelt ze de vraag: „kan er in ons land meer gedaan worden?” Naast uitbreiding van sanatoriumruimte, bevordering van gezinsverpleging, verhooging van de staatssubsidie voor sanatoriumverpleging, regeling der kinderbescherming, meer mogelijkheid tot opname van lijders in een vergevorderd stadium, verbetering der algemeene hygiënische toestanden en onderricht in de hygiëne, wil de Commissie vooral verplichte aangifte van alle gevallen van open longtuberculose.

Kort na het verschijnen van dit rapport wordt op verzoek van het Tweedekamerlid Roodenburg een Staatscommissie benoemd met als taak na te gaan, welke de beste wijze van bestrijding der tuberculose is.

Het lijvige rapport, in 1921 verschenen, geeft een uitgebreid overzicht van alles wat er tot nu toe op het gebied der tuberculosebestrijding, direct zoowel als indirect, werd gedaan en stelt de talrijke factoren in het licht, die van invloed zijn op de frequentie der tuberculose.

De meerderheid der commissieleden is voor invoering van verplichte aangifte, echter alleen nadat afdoende verpleging van de zieken en maatregelen tot schadevergoeding aan den zieken kostwinner ten volle gewaarborgd zijn.

Het vooruitzicht op gedwongen afzondering zou naar de meening van vele leden een heilzamen invloed kunnen uitoefenen op hen, die moedwillig verzuimen het besmettingsgevaar, dat ze voor anderen opleveren, tot de kleinst mogelijke afmetingen terug te brengen. Deze leden vormen de minderheid; het meerendeel acht de maatregel te draconisch voor uitvoering.

Wat de wettelijke maatregelen betreft, wil de Commissie een regeling bij de Wet van de organisatie en van de financiën.

Daar echter de wijziging van de Gezondheidswet pas in September 1920 van kracht is geworden (welke wijziging het toezicht op de tuberculosebestrijding opdraagt aan het Staatstoezicht op de volksgezondheid) en men hierover eerst enkele ervaringen noodzakelijk acht, daar bovendien een wetsontwerp bij de Tweede Kamer aanhangig is aangaande de instelling van Gezondheidsdiensten, acht de Commissie het van weinig zin de wettelijke regeling der organisatie nader te preciseeren, evenmin als die der financiën.

In 1920 dient de Minister bij de Tweede Kamer een wetsontwerp in tot aanvulling en verhooging van de begrooting van het Departement van Arbeid, waarbij de post „Subsidies tot bestrijding der tuberculose” (tot nu toe groot *f* 1 miljoen) wordt verhoogd met *f* 400.000. Deze verhooging is, zooals uit de Memorie van Toelichting blijkt, vooral bedoeld voor de oprichting van Districtsconsultatiebureaux met aan het hoofd een tuberculospecialist. De behandeling der begrooting wordt inmiddels uitgesteld, zoodat de beslissing niet in 1921 kan vallen. In Februari 1922 worden de voorstellen zonder hoofdelijke stemming aangenomen, waarbij echter voor het komende jaar het bedrag, inplaats van *f* 400.000, *f* 100.000 zal zijn.

Uit denzelfden tijd (6 Mei 1921) dateert een brief van den Minister van Arbeid aan den Gezondheidsraad,¹⁾ waarin wordt gevraagd, of het wenschelijk is, wettelijke maatregelen tot bestrijding der tuberculose in te voeren. Deze vraag wordt gesteld in verband met de binnenkort op te richten districts-consultatiebureaux en betreft speciaal de verplichte aangifte.

„Ik weet”, aldus de Minister in genoemden brief, „dat men buitenslands de aangifte verplicht heeft gesteld, maar men zal zich moeten hoeden voor klakkeloos overnemen van buitenlandsche voorschriften, waar men te doen heeft met een ziekte, die zoo nauw verband houdt met de volkszedes.”

De tuberculosecommissie uit den Raad wordt opgedragen hierover advies uit te brengen. Haar meening hieromtrent is de volgende.

„In theorie is verplichte aangifte van alle gevallen van tuberculose als een nuttige maatregel te beschouwen. In de gegeven omstandigheden is invoering ervan nog niet wenschelijk, omdat eerst de uitvoering afgewacht moet worden van de ophanden zijnde reorganisatie der tuberculosebestrijding, i.c. de oprichting der consultatiebureaux. Deze organisatie zou immers een toestand kunnen scheppen, waarbij de verplichte aangifte overbodig wordt.

Wel kan de Commissie reeds thans invoering van de volgende wettelijke maatregelen aanbevelen:

1. Verplichting van den Ambtenaar van den Burgerlijken Stand opgaaf te doen aan den Inspecteur van de Volksgezondheid van alle sterfgevallen aan tuberculose.
2. De Overheid dient te waken tegen besmetting met tuberculose van bewoners van opvoedingsgestichten, weeshuizen, leerlingen van onderwijsinrichtingen enz. Hiervoor is strenge, herhaalde keuring van het personeel uit dergelijke inrichtingen en eventuele verwijdering bij gebleken besmettingsgevaar noodzakelijk.
3. Voorschriften, welke den algemeenen socialen en hygiënischen toestand der bevolking verbeteren.”

¹⁾ Bij de wijziging van de Gezondheidswet in '20 wordt de Gezondheidsraad ingesteld, de Centrale Gezondheidsraad opgeheven.

Zagen we in de voorafgaande rapporten en adviezen herhaaldelijk den wensch uitgesproken wettelijke maatregelen te zien getroffen tot het tegengaan van het infectiegevaar op de scholen, deze wensch gaat in vervulling bij het tot stand komen van de Wet van 7 December 1934, Staatsblad no. 642, tot bescherming van leerlingen tegen de gevolgen van besmettelijke ziekten van personeel van inrichtingen van onderwijs. Het optreden van tuberculeuze schoolinfecties, beschreven door Gerbrandy, Russchen en Sandra, is hiertoe aanleiding geweest.

De Wet eischt, dat ieder, die aan een inrichting voor voorbereidend-lager, lager, middelbaar of voorbereidend hooger onderwijs is verbonden, zoowel in tijdelijken als in vasten dienst, in het bezit is van een verklaring, afgegeven door een leider van een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding, welke inhoudt, dat de bezitter niet lijdende is aan een besmettelijken vorm van tuberculose. Deze verklaring wordt verkregen op grond van een röntgenologisch onderzoek.

Wordt hierbij tuberculose in besmettelijken vorm vastgesteld, zoodat de vereischte verklaring niet kan worden afgegeven, dan kan aan den betrokkene verlof voor herstel van gezondheid worden gegeven met behoud van het volle salaris van ten hoogste twee jaren, welke tijd tot drie jaren kan worden verlengd. De salarisregeling in deze wet komt overeen met die in het K. B. van 29 Januari 1924, aangevuld en gewijzigd bij K. B. van April 1929, welk besluit aan vast aangestelde onderwijzers, verbonden aan het L.O., een verlof van twee, eventueel van drie jaar, verleent met behoud van het volle salaris, indien zij blijkens voorgeschreven onderzoek aan tuberculose lijden.

De Wet verleent verder aan inspecteurs en geneeskundigen, verbonden aan de door den Minister aan te wijzen Gezondheids- en Schoolartsendiensten, het recht van een lid van het onderwijzend personeel te vorderen, dat het zich onderwerpt aan een onderzoek ter verkrijging van een nieuwe verklaring, inhoudende, dat hij niet lijdende is aan een besmettelijke vorm van tuberculose.

Herkeuring van een vast aangestelden onderwijzer vindt plaats bij benoeming aan een andere inrichting voor onderwijs, tenzij de vorige verklaring niet ouder is dan zes maanden.

De gezond-verklaring van een in tijdelijken dienst werkzamen onderwijzer mag niet ouder zijn dan één jaar. Periodieke herkeuring eischt de Wet niet.

In het Jaarverslag over 1941 der Geneeskundige Inspectie wordt opnieuw het vraagstuk der gedwongen afzondering aangesneden. Men vraagt zich af, of het gewenscht is wettelijke maatregelen te kunnen nemen tegen asociale elementen onder de tuberculoselijders, die weigeren zich aan de behandeling te onderwerpen of de noodige voorzorgsmaatregelen tegen besmetting te nemen en die zodoende een groot en blijvend gevaar voor de verbreiding der ziekte opleveren. De meeningen over dit vraagstuk loopen nogal uiteen. Naast overtuigde voorstanders zijn er anderen, die de nadeelen en moeilijkheden, aan het systeem van gedwongen asyleering verbonden, grooter achten dan de voordeelen en die wijzen op het, naar hun meening, geringe aantal werkelijk onwilligen.

In 1942 komt in de Commissie uit den Gezondheidsraad inzake de tuberculose de vraag aan de orde, of er iets gedaan moet worden met de asociale elementen onder de tuberculoselijders en zoo ja, van welken aard dan de te nemen maatregelen moeten zijn.

De Commissie voor asociale tuberculoselijders, gevormd uit enkele leden van bovengenoemde Commissie, voelt er wel voor iets tegen deze elementen te doen, maar is alsnog niet tot een besluit gekomen. Naast al deze pogingen, die in den loop der jaren zijn aangewend om de tuberculosebestrijding rechtstreeks op hooger peil te brengen zijn er vele wetten en verordeningen ontstaan, die de tuberculosebestrijding indirect ten goede komen. Al deze maatregelen op te sommen, zou een onbegonnen werk zijn, omdat hieronder vallen alle bepalingen, die ten doel hebben op eenige wijze de sociale en hygiënische omstandigheden te verbeteren en zodoende op indirecte wijze bevorderend op de tuberculosebestrijding werken.

HOOFDSTUK IV.

Besmettingsgevaar en besmettingsmogelijkheid.

Wanneer wij de organisatie der tuberculosebestrijding in de verschillende landen vergelijken, dan zien wij, dat er eenerzijds landen zijn, waar het hoofdzakelijk het particuliere initiatief is, dat zijn schouders onder de organisatie heeft gezet en waarbij de Staat als voornaamste rol heeft het subsidiëren, controleeren, veelal ook het adviseeren van deze particuliere organisatie. Anderzijds zijn er landen, waar de Staat de organisatie voor een groot deel in handen heeft genomen en deze, zoowel als de uitvoering ervan heeft vastgelegd in wettelijke bepalingen of wel in speciale tuberculosewetten.

Welke dan ook de voornaamste pijler mag zijn, waarop de tuberculosebestrijding steunt, Staat dan wel particulier initiatief, steeds is ze zoo georganiseerd, dat arts en patiënt vrijwillig hun rol erin spelen. Er zijn echter landen, waar aan dit vrijwillige systeem in zooverre een factor van dwang is toegevoegd, dat aan arts en patiënt in bepaalde situaties zekere verplichtingen opgelegd worden, welke wettelijk zijn vastgelegd.

Nederland is een van de landen, waar de organisatie in hoofdzaak berust bij het van overheidswege in goede banen geleide particuliere initiatief en waar arts, zoowel als patiënt uit vrijen wil aan deze organisatie medewerken. (Als uitzondering moge beschouwd worden de groep van personen, werkzaam aan inrichtingen van onderwijs, die zich krachtens de Wet van December 1934 bij indiensttreding aan een verplicht onderzoek op tuberculose heeft te onderwerpen).

Dit systeem heeft in den loop der jaren bewezen, de vergelijking met dat van andere landen glansrijk te kunnen doorstaan.

Een blik op de tuberculosesterftecijfers der voornaamste Europeesche landen, zoomede van de Vereenigde Staten van Noord-Amerika,

bevestigt dit. We laten deze sterftecijfers, per 100.000 inwoners, voor het jaar 1939 of enkele daaraan voorafgaande jaren hieronder volgen:

Denemarken — 1939 —	34
Engeland en Wales — 1939 —	62
Ierland — 1939 —	113
Frankrijk — 1940 —	137
Duitschland — 1939 —	64
Zweden — 1939 —	75
Zwitserland — 1939 —	80
Noorwegen — 1939 —	86
België — 1935 —	80
Vereenigde Staten van Noord-Amerika — 1939 —	47
Nederland — 1939 —	41

(Deze cijfers zijn deels ontleend aan het Epid. information Bulletin van de U.N.R.R.A. van September 1945, deels aan de „Etudes statistiques de la lutte antituberculeuse dans divers pays” in het Bulletin de l’Union internationale contre la tuberculose).

Wanneer nu echter onze aandacht valt op gevallen van tuberculose, veroorzaakt door open lijders, die, blijkbaar een andere mentaliteit bezittend dan de gemiddelde Nederlander, zich niet kunnen of willen voegen in dit vrijwilligheids-systeem der tuberculosebestrijding en de voorschriften van consultatiebureauarts of behandelenden arts niet opvolgen, ja zelfs hier lijnrecht tegenin gaan, dan komt de vraag naar voren, of ook in ons land wettelijke voorschriften tot steun kunnen dienen van het thans bestaande systeem.

Scherp omschreven formuleeren we deze vraag aldus:

„Is het wenschelijk, dat de mogelijkheid tot wettelijk ingrijpen bestaat, indien is aangetoond, dat een tuberculoselijder een ernstig gevaar voor zijn omgeving vormt?”

Ter beantwoording dient het begrip „gevaar voor de omgeving” nader omschreven te worden.

Theoretisch is iedere lijder aan tuberculose, die bacillen uitscheidt, een besmettingsgevaar, een gevaar voor zijn omgeving. Er zijn vele factoren, die van invloed zijn op dit besmettingsgevaar. Werken ze allen in gunstigen zin, dan zullen de gevolgen van het besmettings-

gevaar tot een minimum beperkt worden; practisch zal dit beteekenen, dat er geen gevaar voor besmetting bestaat.

Oefenen de factoren alle in ongunstigen zin hun invloed uit, dan zal de omvang der besmetting ernstig zijn; het besmettingsgevaar is dan een besmettingsmogelijkheid geworden.

Een maximaal besmettingsgevaar bestaat dus daar, waar het samenspel der factoren zoo ongunstig mogelijk is. Door den invloed van elk dezer factoren in een bepaald geval na te gaan en daarna te combineren, kunnen we een idee krijgen van de mate van het gevaar, dat een tuberculoselijder voor een bepaald persoon uit zijn omgeving (object) oplevert.

De factoren, welke van invloed zijn op het besmettingsgevaar, kunnen we verdeelen in de volgende groepen:

- A. Factoren, gelegen in de besmettingsbron.
- B. Factoren, gelegen in het contact tusschen de bron en den eventueel te besmetten persoon (object).
- C. Factoren, gelegen in het object.

A. Factoren, gelegen in de bron, welke van invloed zijn op het besmettingsgevaar.

Wanneer wij spreken over besmettelijke tuberculoselijders, personen, die bacillen uitscheiden, open lijders dus, dan dienen de begrippen *open en gesloten* tuberculose nader omschreven te worden.

De grens tusschen de beide begrippen wordt in de praktijk niet door iedereen op dezelfde plaats gelegd.

Heynsius van den Berg (1936) eischt, om uit te maken of iemand onder de open of de gesloten lijders gerangschikt moet worden, herhaaldelijk microscopisch sputumonderzoek, zoo noodig met kweek- en caviaproef. Het röntgenonderzoek moet mede beslissen, tot welke categorie de patiënt behoort.

Het „Rapport omtrent de tuberculosebestrijding in Noord-Brabant” (1944) acht het uit bestrijdingsoogpunt aanbevelingswaardig de grens der open gevallen niet te nauw te trekken en rekent ertoe de facul-

tatief open gevallen (gevallen met caverne zonder positief sputum), de gevallen, waarbij alleen de kweek van den maaginhoud positief is en de gevallen met positief sputum (kweek, verzamelpreparaat of direct preparaat).

Het feit, dat het begrip „gesloten longtuberculose” zoo moeilijk te omlijnen is, heeft ten gevolge, dat er dikwijls vaagheden en moeilijkheden optreden, wanneer moet worden uitgemaakt, of een patiënt na behandeling nog als open lijder dan wel als gesloten lijder beschouwd moet worden.

Als criterium voor het niet meer open zijn eischt het bovengenoemde rapport, dat herhaald sputumonderzoek (door middel van de kweekproef) moet hebben aangetoond, dat het sputum negatief is, terwijl röntgenologisch geen caverne is aan te toonen.

De Geneeskundige Inspectie noemt een proces gesloten twee jaar na de laatste maal, dat positief sputum is aangetoond.

De invloed, die van een *open* tuberculoselijder op zijn omgeving uitgaat, is aangetoond door Brouwer (1934). Deze vindt in 40 gezinnen, waarin een aan open tuberculose lijdende vader of moeder, procentsgewijze meer en ernstiger gevallen van besmetting dan in 8 gezonde gezinnen. In de eerste groep, omvattende 134 kinderen, zijn er 96 met een positieve reactie van v. Pirquet, 69 met tuberculeuze afwijkingen, waaronder 25, die behandeling behoeven en 19 sterfgevallen. In de tweede groep, tellende 59 kinderen, zijn 12 met een positieve reactie van v. Pirquet en slechts 1 met een, alleen röntgenologische, afwijking. Zoowel de kans op besmetting als de ernst der besmetting is dus, volgens Brouwer, grooter in de omgeving van een open lijder dan in een gezonde omgeving.

Tazelaar (1926) laat het verschil van invloed zien, uitgaande van een open en van een gesloten tuberculoselijder. Hij vergelijkt daarvoor 93 gezinnen, waarin een open lijder, met 54 gezinnen, waarin een geval van gesloten tuberculose voorkomt en vindt, dat in de eerste groep 37 %, in de tweede groep 14 % der kinderen klinische tuberculose heeft.

Op de Xde internationale tuberculoseconferentie te Lissabon (1937) worden door Hatfield de resultaten van verschillende enquêtes

medegedeeld, gehouden om den invloed van een open tuberculeuze omgeving op kinderen na te gaan. Een belangrijke enquête is die van Opie en Mac Phedran, gehouden in 1926. Ze strekt zich uit over 102 gezinnen en heeft als conclusie, dat van de kinderen, blootgesteld aan een besmettingsbron, 71 à 79 % in de eerste vijf levensjaren geïnfecteerd worden. Van die kinderen, blootgesteld aan een milieu met een gesloten tuberculoselijder, werd slechts 28 à 30 % in de eerste vijf levensjaren geïnfecteerd. Was er geen aantoonbaar contact, dan was dit percentage 20.

Wirtz (1936) gaat het lot van 168 zuigelingen na, die gedurende het eerste levensjaar aan het contact met open lijdens waren blootgesteld. Hij vindt in 32.8 % der gevallen geen afwijkingen; in 8.9 % een positieve reactie van v. Pirquet; in 33.6 % een benigne vorm van tuberculose; in 17 % een ernstige vorm van tuberculose, terwijl 7.7 % der gevallen doodelijk verliep.

Naast het feit, of iemand onder de open lijdens moet worden gerangschikt, is *de hoeveelheid bacillen*, die uitgescheiden wordt, een factor, die van invloed is op de besmetting.

Heynsius van den Berg (1929) ging den invloed van de hoeveelheid bacillen na op zuigelingen, die gedurende de eerste drie maanden met lijdens aan open longtuberculose samen woonden. Hij vond, dat voor deze kinderen de besmettingskans in de omgeving van een open lijder met veel bacillen grooter was dan in die van een open lijder met weinig bacillen (in de eerste groep bijna tweemaal zooveel positieve reacties van v. Pirquet), dat bovendien het aantal ziektegevallen meer dan tweemaal zoo groot en het aantal sterfgevallen bijna driemaal zoo groot was.

Ook *de virulentie van den bacil* heeft men, op grond van laboratoriumproeven, als een factor beschouwd met invloed op de besmetting (Boquet en Bretey). Practische ervaringen wijzen eveneens in deze richting, o.a. het feit, dat de stervende tuberculoselijder als een gevaarlijker besmettingsbron beschouwd moet worden dan een niet in het laatste stadium verkeerende patiënt. Men heeft dit feit trachten te verklaren met behulp van de grootere virulentie der bacillen van het laatste stadium, zoowel als met de mogelijkheid van een meer slordige sputumprophylaxe in deze periode.

Onderzoekingen van Heynsius van den Berg (1929) hebben het grootere gevaar aangetoond, dat uitgaat van een later overleden open lijder. Onder zuigelingen, blootgesteld aan een dergelijke infectiebron, was de mortaliteit meer dan tweemaal zoo groot, de morbiditeit bijna tweemaal zoo groot als onder zuigelingen, die in contact waren met een infectiebron, die niet overleed.

B. Factoren, gelegen in het contact tusschen de bron en het object, welke van invloed zijn op het besmettingsgevaar.

10. *Het optreden van herhaalde infecties.*

Een enkele, toevallige besmetting, door Redeker genoemd „gelegentliche Infektion”, zal plaats kunnen vinden, als iemand korten tijd samen is met een lijder aan open longtuberculose. Het is gebleken, dat personen, op deze wijze blootgesteld aan een infectiebron, zelden een tuberculeuze afwijking krijgen. Worden ze geïnfecteerd, dan uit zich dit meestal in een zwak positieve reactie van v. Pirquet.

Van meer belang voor het optreden van een besmetting is het herhaald langdurig blootstaan aan een infectiebron, waarbij het tempo, dus de lengte van de tussenpoos tusschen twee infecties, mede den ernst der besmetting bepaalt. Deze herhaalde besmetting zien wij optreden in het gezin, hetzij met lange tussenpozen (einschleichende Infektion van Redeker), hetzij met korte (Ueberfallsinfektion). Deze laatste is volgens Redeker de gevaarlijkste, omdat de immuniteit geen gelegenheid heeft zich te ontwikkelen, in tegenstelling met de „einschleichende”, waarbij het object, mede doordat de bron een kleine hoeveelheid bacillen uitscheidt, door den langeren tijd, die tusschen twee infecties verloopt, een zekere immuniteit kan ontwikkelen. Straub (1941) heeft op grond van pathologisch-anatomische onderzoekingen aangetoond, dat de lengte van de intermissies tusschen twee besmettingen doorslaggevend is voor het wel of niet optreden van tuberculose.

In het gezin zal het jonge kind, in casu de pasgeborene, bij aanwezigheid van een open lijder, grootere kans hebben op een over-

rompelingsinfectie dan op een herhaalde infectie met lange tusschenpoozen.

De extra-familiaire besmetting zal uit den aard der zaak meer het gevolg zijn van herhaalde infectie met lange tusschenpoozen.

2o. *De intimiteit van het contact.*

De prophylaxe der longtuberculose, met name de hoestprophylaxe, de sputumprophylaxe en de isoleering van den patiënt, hetzij in een inrichting, hetzij thuis, is gebaseerd op de theorie van Flügg e, welke aanneemt dat de besmetting plaats vindt door middel van bacillen-bevattende druppeltjes, die bij het spreken, hoesten en niezen worden weggeslingerd over een bepaalden afstand; zoowel als op de theorie, die de beteekenis van tuberkelbacillenhoudend stof op den voorgrond plaatst (Cornet, Bruno Lange).

Aangezien deze prophylaxe er naar streeft het contact tusschen bron en object zooveel mogelijk te vermijden, is één van de factoren, die de intimiteit van het contact bepaalt, *de mate van prophylaxe*.

De invloed van prophylactische maatregelen op de besmetting is nagegaan door Bes (1943). Hij onderscheidt gevallen van goede, van slechte en van geen prophylaxe. Met de laatste worden bedoeld de gevallen van tuberculosis inappercepta.

Bes vergelijkt de gevallen der besmetting bij kinderen, verkeerend in een milieu van goede prophylaxe, met die bij kinderen, verkeerend in een milieu van slechte en van geen prophylaxe en komt tot de conclusie, dat niet zoozeer de kans op besmetting bij slechte of bij geen prophylaxe grooter is (het aantal positieve reacties van v. Pirquet bedroeg in de drie milieu's resp. 63.2, 81,6 en 86.3 %), doch wel de ernst der besmetting. De morbiditeit en de mortaliteit zijn namelijk bij goede prophylaxe aanmerkelijk lager. De eerste bedroeg resp. bij goede, bij slechte en bij geen prophylaxe 9, 18.5 en 27 %, de mortaliteit bedroeg in deze drie gevallen resp. 0.5, 6.5 en 6.7 %.

Heynsius van den Berg (1929) ging de gevolgen na, die bij zuigelingen in de twee eerste levensjaren optraden, indien ze gedurende de drie eerste levensmaanden in hun gezin aan besmettingsgevaar waren blootgesteld. Hij maakt daarbij de indeeling in goede en slechte

voorzorgsmaatregelen en in elk van deze rubrieken verdeelt hij de bronnen in die met weinige en die met vele bacillen. Op deze wijze stelt hij vier gevarenklassen samen:

klasse 1: goede voorzorgsmaatregelen, weinig bacillen;

klasse 2: goede voorzorgsmaatregelen, vele bacillen;

klasse 3: slechte voorzorgsmaatregelen, weinig bacillen;

klasse 4: slechte voorzorgsmaatregelen, vele bacillen.

Op deze wijze blijkt duidelijk de invloed van een goede en van een slechte prophylaxe. We zien dan, dat klasse 3 meer gevaar oplevert dan klasse 2, ondanks de vele bacillen in klasse 2. Verder springt duidelijk in het oog het verschil in morbiditeit en mortaliteit.

Het meeste gevaar biedt klasse 4, waar de kans op besmetting vrijwel 100 % is, terwijl morbiditeit en mortaliteit nog aanmerkelijk hooger zijn dan in klasse 3.

Onderstaande tabel, ontleend aan Heynsius van den Berg, moge een en ander nog verduidelijken.

Zuigelingen, die in de eerste drie levensmaanden
in hun gezin aan besmettingsgevaar
bloot stonden.

		Goede voorzorgs- maatregelen		Onvoldoende voor- zorgsmaatregelen	
		weinig bacillen	veel bacillen	weinig bacillen	veel bacillen
		1	2	3	4
In de eerste twee levens- jaren	v.Pirquetpositief	31.2	73.8	83.4	100.0
	Tbc-morbiditeit	11.4	19.2	43.7	71.5
	Tbc-mortaliteit	2.3	11.5	31.2	64.3

Ook Brouwer (1934) wijst op den invloed van de slechte prophylactische maatregelen. Onder de 134 kinderen, die blootgesteld waren

aan een open tuberculeuze bron, waren er 19 sterfgevallen, waarvan 10 kinderen van 1 jaar oud of daar beneden. Onder deze 10 kinderen was van ten minste 6 bekend, dat de ouders niet het minste begrip hadden van het gevaar, waaraan hun kinderen blootstonden en dat zij niets deden om dit gevaar te beperken.

Waar wij weten, dat de verspreiding der druppeltjes bij het spreken, hoesten en niezen over een bepaalden afstand geschiedt, is het begrijpelijk, dat de vraag bij ons opkomt, of ook *nauwe behuizing*, dus slechte huisvesting in het algemeen, een der factoren is, die de intimiteit van het contact bepaalt, dus van invloed is op de besmetting. Terecht zegt V o s (1925), dat we, wanneer we spreken over den invloed, die slechte woningen hebben op het ontstaan van tuberculose, er bij stil moeten staan, dat meer dan een oorzaak inwerkt. De slechte hygiënische omstandigheden (onvoldoende ventilatie, weinig zonlicht, gebrek aan reinheid, vochtigheid) naast armoede en onvoldoende of ondoelmatige voeding, factoren, vaak alle aanwezig, wanneer de woningtoestand slecht is, zullen maken, dat de weerstand van het individu dermate wordt verminderd, dat het besmettingsgevaar wordt vergroot in de slechte woning. In hoeverre dit besmettingsgevaar moet worden toegeschreven aan het nauwe contact, dat ongetwijfeld in een eenkamerwoning bestaat, doet er minder toe.

30. *De duur van het contact.*

Aangenomen moet worden dat een vrij langdurig contact moet hebben bestaan tusschen een open lijder en de personen uit zijn omgeving, indien deze tuberculeus worden. Bij jonge personen zal een contact van korteren duur voldoende zijn om tuberculose tengevolge te hebben dan bij volwassenen.

C. Factoren, gelegen in het object, welke van invloed zijn op het besmettingsgevaar.

10. Daar is in de eerste plaats de *leeftijd*, die van invloed is op de gevolgen der besmetting.

Brouwer komt met zijn gezinsonderzoek ook tot deze conclusie.

Hij ziet, dat de ernstige afwijkingen vooral de jonge kinderen betreffen. Van zijn 59 kinderen met tuberculeuze afwijkingen behoorden 26 tot den leeftijd van 0—3 jaar; van de 25, die behandeling noodig hadden, behoorden 14 tot dezen leeftijd; van 19 gestorvenen waren er 10 onder het jaar.

Waarom zijn de gevolgen der besmetting op jongen leeftijd zooveel grooter?

In aanmerking moet worden genomen:

a. Het natuurlijke weerstandsvermogen tegen den bacil.

Aangenomen wordt, dat dit in het eerste levensjaar het kleinst is. Heynsius van den Berg toont bovendien aan, dat de eerste drie maanden nog weer een gevoeliger periode vertegenwoordigen dan de volgende negen, welke gevoeligheid zich uit in een grootere morbiditeit en mortaliteit.

Uit onderzoekingen van Braeuning en Neumann (1929) is gebleken, dat in het eerste jaar het natuurlijke weerstandsvermogen zeer gering is, dat dit op den kleuterleeftijd stijgt om in de eerste schooljaren weer te dalen en in de puberteit bijna even laag te zijn als op den zuigelingenleeftijd.

Dat het geringe weerstandsvermogen op den zuigelingenleeftijd meer in het oog springt dan in de puberteit, moet volgens Braeuning het gevolg zijn van het verschil in beloop: bij den zuigeling openbaart zich de tuberculeuze infectie in het jaar der expositie, bij den puber meestal eenige jaren later.

Men neemt aan, dat in den ouderdom het natuurlijke weerstandsvermogen weer afneemt.

b. Het verworvene weerstandsvermogen, dat, naar algemeen wordt aangenomen, wordt verkregen, wanneer iemand voor de eerste maal met den tuberkelbacil wordt besmet, kan zich uiten in een gunstiger beloop eener volgende infectie.

Deze verminderde vatbaarheid gaat samen met een verhoogde gevoeligheid voor tuberculine. Er wordt verschillend over geoordeeld, of deze eerste besmetting voor het verdere leven gunstig of ongunstig is. We kunnen ons bijv. de situatie voorstellen, dat in een gezin, waar

een der ouders een beginnende tuberculose heeft, de kinderen een positieve reactie van v. Pirquet krijgen zonder meer en op die manier een voorsprong hebben op een onbeschermden pasgeborene in dat gezin. Toch mag deze relatieve immuniteit niet overschat worden, daar een doorgemaakte infectie slechts een labiele, onvolkomene beschutting geeft en onder invloed van talrijke factoren kan worden doorbroken, hetzij bijv. doordat er onder invloed van verminderde uitwendige omstandigheden endogene reïnfectie plaats vindt, dan wel door massale infectie van buiten af. Waakzaamheid is dus geboden op het gebied der prophylaxe ook voor de positief reageerenden zonder aantoonbare afwijkingen.

c. Vooral, wanneer een der ouders de bron is, zal het contact op jongen leeftijd groter zijn dan op ouderen en maken, dat er op jongeren leeftijd ernstiger besmettingsgevaar bestaat. Heynsius van den Berg vond dan ook, dat het aantal positief reagerende kinderen, die in het eerste levensjaar in contact waren met een open lijder, groter was, wanneer de moeder dan wanneer de vader de bron was.

20. Het individuele verschil in weerstand tegen den tuberkelbacil.

Door vele onderzoekers wordt aangenomen, dat er een erfelijke factor is, die een rol speelt bij het verschil in vatbaarheid voor tuberculose tusschen het eene individu en het andere of tusschen de eene familie en de andere. Bekend is in dit verband het onderzoek van Diehl en van Verschuier over de beteekenis van de erfelijke factor bij één- en twee-eiige tweelingen. Onderzoekingen van Doyer, (1920), Tazelaar (1926) en Alons (1927) hebben duidelijk gemaakt, dat enkel het genealogische onderzoek een licht kan werpen op het al of niet bestaan van een erfelijken factor in de tuberculose. Een grootere of kleinere individuele vatbaarheid voor de tuberkelbacil mag naar onze meening niet een factor zijn, die de mate van het besmettingsgevaar mede bepaalt, m.a.w. de strengheid van de prophylaxe mag niet beïnvloed worden door een zoogenaamde meer of minder groote gevoeligheid van het object.

Wanneer we dus de factoren samenvatten, die in aanmerking moeten

worden genomen bij de beoordeeling van den ernst van een besmettingsgevaar, dan zien we, dat een groot aantal dezer factoren vooral in *het gezin* naar voren komt. We zien immers, dat een ernstig besmettingsgevaar daar aanwezig is, waar een open lijder met veel bacillen in herhaald contact is met een daarvoor gevoelig individu, met name het jonge kind, vooral, als er onvoldoende prophylaxe heerscht. De mogelijkheid hiervoor is gegeven in het gezin, waar het jonge kind de dupe wordt van een open tuberculeuze vader of moeder met sterk positief sputum, die geen voorzorgsmaatregelen voor zijn of haar omgeving neemt.

In een dergelijke situatie, waar dus alle factoren in ongunstigen zin werken, zal het besmettingsgevaar maximaal zijn. Daarnaast zullen er situaties voorkomen, waar de invloed van een of meer der genoemde factoren op den achtergrond treedt, bijv. wanneer het sputum van de infectiebron slechts zwak positief is of waar het object den meest gevoeligen leeftijd gepasseerd is. De besmettingsmogelijkheid zal dan minder groot zijn.

In de literatuur is de gezinsbesmetting, wat de frequentie en wat den ernst betreft, dikwijls vergeleken met de extra-familiaire besmetting. De algemeen heerschende opvatting is ook thans, dat de gezinsbesmetting de belangrijkste rol speelt bij het overbrengen der ziekte. Eykel en Heynsius van den Berg (1926) leggen hier vooral den nadruk op, wanneer zij de verschillende beroepen bespreken, die gevaar voor besmetting kunnen opleveren. Hoe groot dit gevaar in sommige beroepen ook moge zijn, het meerendeel der tuberculoselijders heeft zijn ziekte aan besmetting in het eigen gezin te danken. Ook Vos ziet in het gezin de voornaamste besmettingsbron.

Van de patiënten, in 1909 t/m 1922 in Hellendoorn verpleegd, ging hij door middel van het opnemen der anamnese na, waar de bron was te vinden. In 53 % der gevallen bleek de besmetting met zekerheid in het gezin plaats gehad te hebben; in 6.7 % der gevallen met waarschijnlijkheid.

Dat vooral op jongen leeftijd gezinsbesmetting hoofdzaak is, blijkt uit een onderzoek van Heynsius van den Berg (1936). Deze spoorde de besmettingsbron op van 1200 overleden tuberculoselijders

en vond, dat in het eerste levensjaar 84 %, van 1—14 jaar 64 % en van 15—60 jaar 43 % in het gezin was besmet.

Een andere vraag is, of de ernst van de besmetting grooter is, indien ze optreedt door een inwonende dan wel door een uitwonende besmettingsbron. In de literatuur is o.a. door Redeker vaak de nadruk gelegd op het gevaar, dat van uitwonende infectiebronnen uitgaat. Op het Amsterdamsche consultatiebureau werd in 1933 nagegaan, welke de gevolgen zijn van een infectie, uitgaande van een bepaalde besmettingsbron, inwonend dan wel uitwonend, voor kinderen van 0—14 jaar, die besmet werden.

De kinderen werden verdeeld naar de gevolgen in 3 groepen. Groep I had slechts een positieve reactie van v. Pirquet, groep II kreeg tuberculose, doch bleef in leven, groep III kreeg tuberculose en overleed.

De verdeeling der kinderen over deze groepen was bij de inwonende en uitwonende bronnen vrijwel gelijk, wat dus niet op een grootere gevaarlijkheid der uitwonende bronnen wijst.

Dat deze bevinding in tegenspraak is met de opvatting van Redeker e.a. vindt zijn oorzaak volgens Heynsius van den Berg in het feit, dat men bij een uitwonende bron dikwijls alleen de zwaardere gevallen onder het oog krijgt. Door uitgebreid contactonderzoek is deze fout te ondervangen.

HOOFDSTUK V.

Het verzamelde materiaal.

In het vorige hoofdstuk hebben we het begrip „besmettingsgevaar” nader omschreven en getracht zoo scherp mogelijk aan te geven aan welke voorwaarden moet worden voldaan, wanneer we een open lijder als „een ernstig besmettingsgevaar” ofwel als een besmettingsmogelijkheid willen beschouwen.

We komen nu op de oorspronkelijke vraag terug, namelijk op deze, of het wenschelijk is, dat wettelijk kan worden ingegrepen, wanneer ernstig besmettingsgevaar bestaat.

Getracht zal worden deze vraag met behulp van gevallen uit de praktijk te beantwoorden.

Het volgende onderzoek werd hiervoor ingesteld.

Den leiders der consultatiebureaux der drie noordelijke provincien werd verzocht ons ziektegeschiedenissen ter hand te stellen van die patiënten, welke bij herhaling op eenige wijze de adviezen van den consultatiebureauarts niet nakwamen en daardoor een besmettingsgevaar voor hun omgeving werden.

Tevens werden ziektegeschiedenissen verzameld, bij welke de aandacht allereerst viel op de slachtoffers van de lijders, die de voorgeschreven adviezen niet opvolgden.

Een „geval” werd samengesteld met behulp van de gegevens, aanwezig in de ziektegeschiedenis van den patiënt, zoomede in die van zijn contacten en met behulp van gegevens, ons mondeling door het consultatiebureau personeel (arts en districtshuisbezoeksters) verstrekt.

Het zijn juist deze mondelinge gegevens, welke voor ons uit den aard der zaak zeer belangrijk zijn geweest, daar ze dikwijls waardevolle aanvullingen geven op de aantekeningen in de ziektegeschiedenissen.

Behalve in de briefwisseling tusschen consultatiebureauarts en huisarts vindt men namelijk in de ziektegeschiedenissen vaak weinig opmerkingen over het gedrag en de leefwijze van den patiënt.

Op deze wijze werden 93 gevallen samengesteld.

We dienen echter goed met de mogelijkheid rekening te houden, dat er onder deze gevallen kunnen zijn, die niet voldoen aan de voorwaarden, door ons gesteld aan het begrip „besmettingsgevaar”.

Geval 1.

W., oud 24 jaar, veehouder, komt in November 1938 op het consultatiebureau, omdat hij sinds geruimen tijd hoest en bloederig sputum opgeeft. Hij heeft tot op dit tijdstip gewerkt. Bevinding: uitgebreide tuberculose van de linker long, stadium M, sputum sterk positief. Advies: ziekenhuisopneming voor collaps therapie; daarna sanatorium-verpleging.

Patiënt wordt opgenomen; evenwel heeft de behandeling niet het verwachte resultaat. Het sputum blijft sterk positief. Patiënt wil niet naar een sanatorium en verlaat Januari 1939 het ziekenhuis om thuis te kuren.

Spoedig blijkt, dat hij zich niet aan de voorgeschreven rust houdt, met de huisgenooten aan tafel eet en de sputumprophylaxe niet in acht neemt. Het rapport van September 1939 luidt: „Hier blijft strenge rust noodig en uit alles blijkt, dat patiënt hiervan niet meer overtuigd is”.

Later kuurt hij in een ligtent, doch dikwijls loopt hij in en uit bij zijn schoonouders en komt daardoor veel in contact met de inwonende schoonzuster.

Mei 1942 is het proces uitgebreid naar de rechter long. Zoowel de huisarts als de leider van het consultatiebureau dringen herhaaldelijk op ziekenhuisopneming aan, vooral, omdat zij patiënt als een gevaarlijke besmettingsbron voor zijn omgeving zien. Juli 1943 stemt hij eindelijk toe. Daar bij observatie blijkt, dat er weinig genezingskansen bestaan en patiënt voortdurend naar huis wil, wordt hij na een maand ontslagen. Januari 1944 wordt hij opgenomen voor een acute appen-

ditis. Het longproces breidt zich na de operatie snel uit en eind Januari 1944 overlijdt de patiënt.

Bij gezinsonderzoek in November 1938 zijn de vrouw en een kind van 7 maanden gezond. Als het kind in Januari 1941 op het consultatiebureau terugkomt, heeft het sterk gezwollen hilusklieren en specifieke ontstekingen van den linker elleboog en het linker kniegewricht; de elleboog heeft bovendien een fistel. Maart 1941 wordt het opgenomen in een sanatorium en in Augustus 1942 tegen advies door de ouders naar huis gehaald.

Een jonger zusje, geboren in Januari 1940, heeft in Maart 1941 een negatieve reactie van v. Pirquet. Mei 1943 heeft het kind een hiluskliertuberculose.

Bovengenoemde schoonzuster komt November 1941 op het consultatiebureau. Ze is herstellende van een exsudatieve pleuritis en blijkt longtuberculose, stadium L, te hebben. Ze wordt opgenomen in een sanatorium voor rekening van het Invaliditeitsfonds.

Januari 1943 meldt de huisarts aan het consultatiebureau, dat een neefje van W., dat veel bij W. aan huis komt, op zijn spreekuur is geweest met specifieke lymphomen aan den hals. Naar aanleiding hiervan dringt de huisarts nogmaals op isolatie van patiënt aan.

Geval 2.

Z., oud 18 jaar, kweekeling, wordt in Maart 1928 wegens een oude longaandoening naar het consultatiebureau gezonden. Hij is in September 1925 ziek geworden en heeft twee jaar gerust.

Op het consultatiebureau vindt men een oude tuberculosis pulmonum, stadium M, alsmede een bijna genezen para-anaalfistel. Geadviseerd wordt geleidelijk meer beweging te nemen en de studie voor onderwijzer te staken. Toch voltooit patiënt de studie en wordt hij aangesteld.

April 1931 blijkt er een exacerbatie van het vroegere proces te zijn met positief sputum. Er volgt dan ziekteverlof met sanatoriumopneming. Patiënt overlijdt Januari 1932 in het sanatorium.

Gezinsonderzoek van dit goed gesitueerde gezin vond in 1928 niet plaats wegens gebrek aan medewerking.

In Juli 1933 gelukt het na herhaald aandringen de familie te onderzoeken. Hierbij blijkt een broer, onderwijzer, inactieve longtuberculose te hebben. October 1933 krijgt hij een aanstelling als onderwijzer.

Februari 1937 heeft hij een uitgebreid proces van de rechter long met positief sputum. Er wordt een kunstmatige pneumothorax aangelegd, gevolgd door een rustkuur thuis met geregelde contrôle op het consultatiebureau. Patiënt geneest.

Een andere broer, Mulo-leerling, heeft tuberculosis pulmonum, stadium L. Hij komt niet terug voor contrôle. Als in 1936 wordt verzocht dit te doen, volgt een afwijzend antwoord van den vader. In 1943 komt hij op het consultatiebureau om voor arbeid in het buitenland afgekeurd te worden.

De moeder, oud 55 jaar, heeft darmtuberculose met longtuberculose, stadium L. Ook zij verschijnt niet terug en wordt in 1935 afgeschreven. De vader is gezond.

Geval 3.

Het gezin S., bestaande uit man, vrouw en een kind van één jaar oud (geboren October 1935) komt Juni 1937 ter onderzoek, omdat de huisarts een tuberculeus proces vermoedt bij de vrouw.

Ze blijkt longtuberculose, stadium M, te hebben met sterk positief sputum.

Er wordt ziekenhuisopneming voorgesteld voor observatie en voor eventueele collapstherapie. Dit wordt geweigerd. Ze gaat „kuren” ten huize van haar moeder.

Als ze in October 1937 weer op het consultatiebureau komt, is ze achteruitgegaan. Sputum wordt niet gezonden. Het gelukt patiënte in Februari 1938 in een sanatorium op te nemen. Na een verblijf van drie maanden keert ze op eigen initiatief in haar gezin terug.

In Juli 1938 is het proces dubbelzijdig geworden en de prognose infaust. Een voorstel tot opneming in het plaatselijk ziekenhuis met het oog op het infectiegevaar, dat ze voor haar omgeving oplevert, wordt wederom geweigerd. Patiënte blijft thuis, negeert hier de sputumprophylaxe en overlijdt in Maart 1942. Man en kind, die bij het

eerste gezinsonderzoek beide gezond blijken te zijn, komen tijdens de ziekte van de vrouw niet meer ter contrôle.

In April 1942 heeft het kind een positieve reactie van v. Pirquet en een lichte tuberculeuse longafwijking. Ze blijft onder contrôle en het blijft goed met haar gaan.

Geval 4.

Mej. S., oud 25 jaar, wordt in Juni 1933 door den huisarts naar het consultatiebureau gezonden, omdat het sputum tuberkelbacillen bevat. De diagnose luidt: longtuberculose, stadium M; gecompliceerd met larynx-tuberculose.

Patiënte woont met haar man en drie jonge kinderen (3 jaar, 2 jaar en 3 maanden oud) in een éénkamerwoning en heeft niet het minste begrip omtrent hygiëne en het nemen van voorzorgsmaatregelen. Ze wordt direct na het stellen van de diagnose in een ziekenhuis opgenomen in afwachting van sanatoriumopneming. Deze heeft plaats in November 1933. Een maand later verlaat patiënte het sanatorium tegen advies. Ze belooft thuis te kuren. Patiënte rust echter niet en neemt zich ten opzichte van haar omgeving niet in acht. Ze infecteert een kind van de bureu.

Als ze in Mei 1934 weer het consultatiebureau bezoekt, wordt opnieuw ziekenhuisopneming geadviseerd, daar patiënte zichtbaar achteruit is gegaan. Ze weigert opgenomen te worden.

In Januari 1935 is de toestand zeer ten kwade veranderd. Augustus 1935 wordt het vierde kind geboren. Patiënte overlijdt in Juli 1936. De drie kinderen zijn in December 1933, zoodra de moeder uit het sanatorium kwam, in een weeshuis opgenomen.

Het oudste heeft in Juni 1933 een positieve reactie van v. Pirquet, in 1935 maakt het een hiluskliertuberculose met een lichte longaandoening door, welke geneest.

Het tweede kind heeft eveneens in Juni 1933 een positieve reactie van v. Pirquet en heeft in 1937 lichte longtuberculose. Ook deze geneest.

Het derde kind, dat in Juni 1933 een negatieve reactie van v. Pirquet

had, bleek, toen het een maand voor den dood van de moeder naar huis was gehaald, een positieve tuberculine reactie gekregen te hebben. In April 1937 heeft het een infiltraat van de linker bovenkwab. Het wordt vier jaar in een sanatorium verpleegd en genezen ontslagen. Het jongste kind wordt bij de geboorte direct van de moeder verwijderd, krijgt B.C.G.-vaccin en blijft gezond.

Geval 5.

De onderwijzer C. te A., tijdelijk werkzaam te B., wordt in Maart 1932 door zijn huisarts te A. naar het consultatiebureau verwezen, omdat hij twee jaar geleden pleuritis heeft gehad en den laatsten tijd vermagerd en dikwijls vermoeid is.

Op het consultatiebureau wordt een dubbelzijdige longtuberculose, stadium M, met positief sputum geconstateerd. Geadviseerd wordt: sanatorium-opneming.

Patiënt, die blijkbaar niet van den ernst van zijn ziekte overtuigd is, luistert niet naar raad en gaat weer aan zijn werk. (Dit zou zijn op aanraden van den huisarts). Huisbezoek kan hem niet tot andere inzichten brengen.

Ruim een jaar later valt het den huisarts van B. op, dat er in het dorp tegelijkertijd drie gevallen van tuberculose voorkomen, waaronder twee kinderen uit het gezin D. Bij het zoeken naar de bron valt de verdenking op bovengenoemden onderwijzer, commensaal bij de familie D., die al geruimen tijd had gehoest. De huisarts te B. deelt deze gevallen mede aan den leider van het consultatiebureau, waar de onderwijzer dus reeds met positief sputum bekend staat.

In Juni 1933 vervoegt patiënt zich bij zijn huisarts te A. Deze zendt hem naar een internist, die eveneens de diagnose „dubbelzijdige longtuberculose met cavernen” stelt.

Patiënt is inmiddels (zonder keuring) vast aangesteld en heeft nu recht op ziekteverlof met behoud van volledig salaris.

Hij wordt van Juni 1933 tot Juni 1935 in een sanatorium verpleegd. Hij verlaat dan, wel verbeterd, maar niet genezen, het sanatorium, omdat hij dermate nerveus en overprikkeld is geworden, dat „hij het er niet meer uithouden kan”.

Patiënt werkt verder weinig mee. Hij weigert opnieuw een poging te laten doen tot het aanleggen van een pneumothorax. Volgens de huisbezoekster leeft hij ongeregeld en systeemloos. Als hem wordt voorgesteld op de algemeene lighallen te gaan kuren, weigert patiënt ook dit.

Na Januari 1936 komt hij niet op het consultatiebureau terug. Het beschikbare ziekteverlof is inmiddels verstreken. Een nieuwe aan-schrijving en een poging hem ervan te doordringen, dat het zijn sociale plicht is zich te laten controleren, heeft bij dezen jongen man geen effect.

Als hij dan geregeld zijn verloofde, die kinderjuffrouw is, bezoekt en het kind, aan haar zorgen toevertrouwd, tuberculose krijgt, is het waar-schijnlijk, dat de gewezen onderwijzer de bron is.

Hij trouwt later. De huisarts vraagt B.C.G.-vaccin aan voor het te verwachten kind. Dit wordt geweigerd, omdat patiënt zich tegen uit-drukkelijk advies aan de contrôle heeft onttrokken.

Bij het door het consultatiebureau in samenwerking met den huis-arts te B. ingestelde onderzoek in 1933 bleek, dat van de 39 leerlingen uit de klas van C. 28 min of meer ernstig waren geïnfecteerd. Tellen we hierbij nog de twee besmette kinderen uit het gezin D., alsmede een broertje, dat door een der 28 kinderen werd besmet, dan zijn dus in het geheel 31 kinderen het slachtoffer geworden.

Geval 6.

T., oud 31 jaar, grondwerker, wordt November 1940 door den huis-arts naar het consultatiebureau verwezen, omdat de longontsteking, die hij in Augustus van dat jaar heeft gehad, niet geneest.

Bevinding: dubbelzijdige longtuberculose met positief sputum. Ad-vies: sanatoriumkuur. Hieraan wordt geen gevolg gegeven. Evenmin stoort patiënt zich aan den raad van de huisbezoekster, in een goed te ventileeren zolderkamer te gaan kuren, maar vertoeft hij in een ver-trek met potkachel, waar zelden geventileerd wordt. Hij leeft onhygi-enisch, ontvangt veel bezoek en gaat tijdens zijn ziekte weer aan het werk.

Het consultatiebureau bezoekt hij sporadisch, blijkbaar alleen met de bedoeling om te laten zien, dat het ook goed gaat, als de adviezen niet worden opgevolgd. Het sputum wordt nooit gezonden. Het proces schrijdt voort.

Een oproep van den Raad van Arbeid om zijn invaliditeit vast te stellen negeert patiënt.

De twee kinderen, waarover kort na het vaststellen der ziekte derden zich hebben ontfermd (de moeder is na een partus gestorven) zijn November 1940 gezond. Het eene komt slechts éénmaal, het andere in het geheel niet terug voor contrôle. De vader bekommert zich overigens weinig of niet om zijn kinderen.

Geval 7.

In Februari 1929 wordt B., oud 39 jaar, door den huisarts naar het consultatiebureau gestuurd wegens het vermoeden van een tuberculeus longproces.

De diagnose, gesteld op het consultatiebureau, luidt: longtuberculose, stadium N, waarschijnlijk gecompliceerd met larynx-tuberculose. Sputum: sterk positief.

Sanatoriumopneming volgt. Na eenige maanden wordt patiënt overgeplaatst naar een ziekenhuis, waar hij in 1930 overlijdt.

Als in Mei een dochter, 1932 adspirant-kloosterlinge, met een proces van de linker bovenkwab thuis komt, acht de consultatiebureauarts gezinsonderzoek aangewezen. Drie van de zes kinderen, benevens de moeder, hebben een inactieve longtuberculose. De overige zijn niet geïnfecteerd.

Aan de voorgeschreven contrôle wordt eerst trouw gevolg gegeven, tot de moeder hertrouwt. De echtgenoot antwoordt dan op een verzoek van de huisbezoekster de contrôle voort te zetten, dat alle leden van het gezin gezond zijn en dat hij contrôle overbodig acht. Hiermede is de band met het consultatiebureau doorgesneden. Dit blijft het geval, als bovengenoemde dochter in 1934 overlijdt.

In 1942 wordt een zoon door zijn huisarts naar het consultatiebureau gezonden met positief sputum. De consultatiebureauarts stelt de

diagnose: longtuberculose, stadium N, met larynxtuberculose. (Waarschijnlijk had deze jongen, die bakkersknecht is, reeds open tuberculose, toen hij zijn werk nog uitoefende en is een zoontje van zijn baas zijn slachtoffer geworden.)

De ziekte van den zoon is voor den stiefvader aanleiding, toe te stemmen in gezinsonderzoek. Hierbij blijkt, dat twee der gezinsleden (een dochter van 11 jaar en een dochter van den stiefvader) longtuberculose, stadium L, hebben.

Geval 8.

Mej. D., oud 17 jaar, wordt Juli 1938 door den huisarts met erythema nodosum naar het consultatiebureau gezonden. Als bijzonderheid deelt ze mede, dat een broer tegelijkertijd met dezelfde verschijnselen in een militair hospitaal wordt verpleegd. Ze heeft, behalve een positieve reactie van v. Pirquet, een lichte longtuberculose met hiluskliertuberculose.

De moeder, die tegelijk met haar dochter wordt onderzocht, is gezond. Verder contactonderzoek vindt in dit gezin, dat uit man, vrouw en 5 kinderen bestaat, niet plaats, omdat men weigert op het consultatiebureau te komen. Ook de huisarts acht gezinsonderzoek overbodig. De wijkzuster wordt de deur gewezen met de boodschap, dat men ook de provinciale huisbezoekster niet wenscht te ontvangen.

April 1939 zendt de huisarts een broer, 19 jaar oud, naar het consultatiebureau met positief sputum. Patiënt is vanaf Februari bij hem onder behandeling voor voortdurend hoesten en opgeven en heeft tot begin April steeds met brood gevent.

Diagnose van den consultatiebureauarts: tuberculosis pulmonum, stadium M, met twee cavernen links; sputum sterk positief.

Einde 1939 wordt overgegaan tot kunstmatige pneumothoraxbehandeling. Het proces wordt rustig. Patiënt blijft onder geregelde controle.

In April 1939 komen de overige gezinsleden voor contactonderzoek. De vader en de twee kinderen (15 en 11 jaar) hebben allen een positieve reactie van v. Pirquet, de kinderen bovendien inactieve tuberculose.

De dienstbode, die met de oudste dochter in één bedstede sliep, heeft een lichte longtuberculose en wordt naar een sanatorium gezonden.

Juli 1940 blijkt de zoon van 15 jaar een caverne in de linker bovenkwab te hebben met positief sputum. Advies: sanatoriumopneming. Thuis wordt gekuurd, aanvankelijk met succes. In Mei 1943 treedt reactivering op, waarna opneming voor kunstmatige pneumothorax-behandeling plaats vindt.

In Juli 1940 worden nog twee inwonende knechts opgeroepen, die beide gezond blijken te zijn.

Behalve deze gevallen zijn er hoogstwaarschijnlijk nog meer personen in het dorp, die in 1939 door de zoon van 17 jaar besmet zijn. Frappant is het geval van een jongen van 7 jaar, die in April 1939 met een actieve longaandoening op het consultatiebureau komt en van wien bekend is, dat hij geregeld op de bakkerskar meereed. Eveneens overlijdt in het aangrenzende dorp in April 1939 een meisje van 14 jaar aan tuberculeuse meningitis.

Geval 9.

M. is 21 jaar oud, als hij in April 1939 door zijn huisarts wegens vermagering en hoesten naar het consultatiebureau wordt gezonden. Ofschoon het fysisch onderzoek weinig afwijkingen aangeeft, wordt röntgenologisch een uitgebreid dubbelzijdig longproces vastgesteld met sterk positief sputum.

De consultatiebureauarts wil patiënt graag opgenomen zien voor observatie, doch deze raad wordt niet opgevolgd; gezinsonderzoek wordt geweigerd. In plaats van te gaan rusten bezoekt patiënt eenmaal in de twee weken per trein een homoeopaath.

Op aandringen van huisarts en huisbezoekster komt hij Maart 1944 weer op het consultatiebureau. Hij is dan duidelijk achteruitgegaan. Men stemt toe in ziekenhuisopneming. Actieve therapie blijkt dan echter niet meer mogelijk te zijn.

De tweelingbroer L. is de eenige, die aan den oproep in April 1939 gehoor geeft. Hij heeft een tuberculeus proces van de rechterlong.

Nu wordt gezinsonderzoek nog dringender, doch de ouders zijn er

niet toe te bewegen de overige kinderen, één jongen en drie schoolgaande meisjes, te sturen. Het is zelfs noodig den vader in een scherp brief op zijn onverantwoordelijke houding jegens L. te wijzen, daar hij den zoon het kuren aanvankelijk niet mogelijk maakt en hem zelfs laat werken. Ook sanatoriumopneming wordt geweigerd.

Na twee jaar is men eindelijk zoover hem in een ziekenhuis te laten opnemen. Hier wordt een kunstmatige pneumothorax aangelegd, waarna spoedig verbetering optreedt.

In April, als de vader met zijn zoon meekomt, wordt hij door den consultatiebureauarts min of meer gedwongen zich te laten onderzoeken. Hetzelfde gelukt Juli 1944 met de moeder. Beide hebben geen actieve longtuberculose.

De vier jongste kinderen zijn nooit verschenen. Drie van hen blijken bij schoolonderzoek een positieve reactie van v. Pirquet en geen afwijkingen te hebben.

Geval 10.

Mej. L., oud 21 jaar, wordt in September 1933 door haar huisarts naar het consultatiebureau gestuurd, omdat ze drie weken geleden bloed heeft opgegeven. Ze blijkt links een uitgebreide longtuberculose te hebben, stadium M. Advies: strenge rustkuur.

Helaas wordt opneming geweigerd wegens gebrek aan inzicht bij de ouders. Ze kuurt thuis. Men neemt echter de sputumprophylaxe niet in acht.

Zeven maanden later is het sputum positief geworden en patiënte gaat kuren in een tent. Als de raad wordt gegeven actieve behandeling toe te passen, zijn ook de ouders van het heil hiervan niet te overtuigen. Het proces breidt zich uit ook naar rechts en patiënte overlijdt in Juni 1940.

Patiënte, die steeds bevreesd is geweest als tuberculoselidster gekwalificeerd te worden, wilde den schijn wekken, dat ze niet aan een specifiek proces leed. Ze noodde vaak kinderen van een naburige school in de tent.

Op deze school werden korten tijd later verschillende besmettingen

met tuberculose geconstateerd. Ook is waarschijnlijk een buurmeisje besmet, dat haar veel bezocht.

Geval 11.

W., oud 23 jaar, heeft November 1933 longtuberculose, stadium M, met positief sputum. Als patiënt achteruitgaat, wordt hij Juli 1934 in een ziekenhuis opgenomen. Er wordt eerst een pneumothorax aangelegd en als deze behandeling mislukt, phrenico-exhaerese verricht. Van September 1936 tot Maart 1938 wordt patiënt in een nazorginrichting verpleegd. Het sputum is dan nog steeds positief. In Juni 1939 is de toestand nog onbevredigend. Patiënt wordt dan in November 1939 in een ziekenhuis opgenomen voor plastiekoperatie. Februari 1940 wordt hij in vrij behoorlijken toestand ontslagen.

De bron in het gezin is ongetwijfeld de vader, die October 1934 voor contactonderzoek komt. Hij heeft een tuberculosis pulmonum, stadium M. Sputum wordt niet gezonden. Patiënt slaat allen raad betreffende sputumprophylaxe in den wind. Ook komt hij zelden op het consultatiebureau terug voor contrôle.

Juli 1938 is het sputum positief en blijken er cavernen te zijn. Actieve therapie kan met het oog op zijn leeftijd niet plaats hebben. Ook heeft patiënt dan een fistel van specifiekeen oorsprong aan het linker polsgewricht; hij wordt hiervoor in het ziekenhuis opgenomen, maar verlaat dit tegen advies.

Zijn vrouw, die in 1933 is gaan hoesten, komt November 1934 voor onderzoek en heeft dan longtuberculose, stadium M, met positief sputum. Ze wordt geruimen tijd in een ziekenhuis opgenomen en mer negatief sputum ontslagen, hoewel nog een caverne aanwezig is en ze ten allen tijde weer besmettelijk kan worden.

De overige gezinsleden, 27 en 18 jaar oud, komen respectievelijk November 1934 en Juli 1935 voor onderzoek. Ze hebben geen actieve tuberculose.

In dit gezin zijn de beide ouders zeer onwillig. Naar alle waarschijnlijkheid heeft de vader, behalve zijn zoon en zijn vrouw, ook een buurman besmet, die geregeld komt schaken en met wien hij 's avonds aan

het hek staat te praten. Ook de vrouw neemt zich voor haar omgeving totaal niet in acht en heeft volgens de huisbezoekster ook besmettingen veroorzaakt. Ze ontvangt geregeld burenen met kleine kinderen. Een dochter is op 26-jarigen leeftijd aan tuberculose gestorven.

Geval 12.

H., commensaal in het gezin W., wordt Februari 1935 op 23-jarigen leeftijd door den huisarts naar het consultatiebureau gezonden, omdat hij sinds 3 maanden hoest en vermagert. De diagnose luidt: tuberculosis pulmonum, stadium M; sputum positief.

De jonge man wordt in een ziekenhuis opgenomen en overlijdt hetzelfde jaar.

Naar aanleiding van dit geval wordt het gezin W., bestaande uit man, vrouw en twee kinderen van 5 en van 3 jaar, in Februari 1935 voor contactonderzoek opgeroepen. Het oudste kind blijkt een actieve longtuberculose te hebben.

In Maart 1938 gaat de moeder op verzoek van de huisbezoekster naar het consultatiebureau, omdat ze na een pleuritis, die ze gekregen heeft na de geboorte van het derde kind, in 1937, zich slap blijft voelen. Diagnose: tuberculosis pulmonum, stadium M. Advies: rustkuur, liefst in sanatorium. Dit laatste wordt geweigerd, doch beloofd wordt, dat thuis voldoende gekuurd zal worden.

Spoedig blijkt, dat het bij beloften blijft. Het longproces, hoewel neiging tot genezing vertoonend, blijft achteruitgaan, doordat patiënte niet kuurt. Ofschoon haar telkens weer met nadruk gewezen wordt op de noodzakelijkheid van rust, wordt ze zelfs door de huisbezoekster gezien met een kind achter op de fiets. Ze neemt geen maatregelen in acht ten opzichte van haar kinderen. In Juni 1940 breekt ze openlijk met het consultatiebureau en wenscht ze den steun voor huishulp niet meer te accepteren. Ze wil voortaan het werk weer zelf doen.

In Mei 1942 komt ze nog eens terug. Ze is nu vijf maanden grvida. Ze hoest en geeft op. Ze doet haar werk, ofschoon haar dit moeilijk valt. Sputum wordt niet gezonden, maar de consultatiebureauarts is overtuigd, dat het positief zal zijn. Het kind wordt in 1942 geboren en krijgt B.C.G.-vaccin.

In Maart 1943 is het sputum van de moeder positief. In September 1943 blijkt het proces duidelijk verergerd te zijn en volgt ziekenhuisopneming. Zij overlijdt Januari 1944.

Het tweede en het derde kind hebben in 1938 beide een inactieve longtuberculose met een sterk positieve reactie van v. Pirquet.

Het dienstmeisje, dat geregeld in directe nabijheid van de vrouw verkeerde en steeds door de huisbezoekster werd gewaarschuwd, kwam na den dood van de vrouw met een linkszijdig longproces, stadium M, op het consultatiebureau.

Geval 13.

V., straatventer, wordt Juli 1932 door den huisarts naar het consultatiebureau gezonden wegens benauwdheid op de borst en het opgeven van bloed. Bevinding: tuberculosis pulmonum, stadium M, sputum positief. Het advies luidt: sanatoriumverpleging.

Patiënt wordt Augustus 1932 in een sanatorium opgenomen, maar loopt na 5 weken weg, „omdat hij het er niet kan uithouden”. Hij keert dan terug in zijn gezin, dat huist in een krotwoning en past geen sputumprophylaxe toe. Op het consultatiebureau verschijnt hij nog eenmaal. Hij sterft in December 1934 is en dus minstens $2\frac{1}{2}$ jaar een dagelijksche infectiebron voor zijn vrouw en kinderen geweest.

Ofschoon in 1932 geen contactonderzoek kon plaats vinden wegens gebrek aan medewerking, gelukt het toch door samenwerking van huisarts en consultatiebureauarts de kinderen later te onderzoeken.

Van de vijf zijn in 1929 A. en B. reeds op het consultatiebureau onderzocht. Ze hadden toen een negatieve reactie van v. Pirquet. Het volgende résumé demonstreert duidelijk de gevolgen van het asociale gedrag van dezen man.

A., geboren Februari 1918. Januari 1929: Reactie van v. Pirquet negatief. Januari 1933: hiluskliertuberculose. Een half jaar in een inrichting verpleegd. October 1935: lichte longtuberculose. December 1935: opgenomen in een ziekenhuis. Twee weken later weggelopen. Na Februari 1936 het consultatiebureau niet meer bezocht.

B., geboren Februari 1926. Januari 1929: Reactie van v. Pirquet

negatief. September 1932: Genoemde reactie positief. Februari 1936: tuberculosis pulmonum, stadium L. Wegens slechte verzorging thuis een half jaar in een sanatorium verpleegd.

C., geboren Juni 1927. Juni 1933: Reactie van v. Pirquet positief. Inactieve tuberculose.

D., geboren December 1931. September 1932: Reactie van v. Pirquet positief. Maart 1943: gestuurd door schoolarts. Wordt op buitenschool geplaatst.

E., geboren Mei 1934. December 1935: Reactie van v. Pirquet positief. Tuberculosis pulmonum, stadium L.

De moeder, die herhaaldelijk weigerde te komen, wordt April 1936 voor het eerst onderzocht en heeft dan tuberculosis pulmonum, stadium L. Ook daarna onthoudt ze haar medewerking. In 1938 gelukt het haar in een ziekenhuis op te nemen. De kinderen worden dan door Maatschappelijk Hulpbetoon verzorgd en elders ondergebracht. Als de moeder haar kinderen in het ziekenhuis niet mag ontvangen, loopt ze weg en haalt hen weer thuis. Het contact met het consultatiebureau is nu verbroken.

Het gezin wordt in 1939 afgeschreven wegens gebrek aan medewerking.

Geval 14.

G., oud 16 jaar, wordt van een ziekenhuis uit naar het consultatiebureau gezonden. De bevinding is hier, in April 1941, open longtuberculose, stadium N. Aanvankelijk wordt de verpleging in het ziekenhuis voortgezet, doch na een half jaar loopt patiënt weg.

Het gezin bestaat uit man, vrouw en vijf kinderen en woont in een huisje van één kamer met gang, waarboven een zoldertje met W.C. De zwaar zieke jongen moet met zijn broer en drie zusters op den zolder slapen. In Mei 1942 wordt hij, als men eindelijk inziet, dat verpleging thuis ondoenlijk is, opnieuw opgenomen. Hij overlijdt in April 1943.

Bij het gezinsonderzoek, dat in April 1942 plaats vindt, blijken de overige vier kinderen allen geïnfecteerd te zijn, namelijk:

A., 18 jaar; B., 14 jaar; C., 8 jaar, hebben longtuberculose, stadium M, terwijl D., 10 jaar, een lichte longtuberculose heeft.

De moeder heeft een inactieve longaandoening. De vader weigert onderzoek. Als de consultatiebureauarts hem aan huis ontbiedt, volgt een heftige scène op het consultatiebureau. De raad, de drie meisjes (B., C. en D.) in een sanatorium te laten opnemen, wordt niet opgevolgd, hoewel Maatschappelijk Hulpbetoon de kosten op zich wil nemen.

Als de schoolarts de zieke kinderen de school weigert, volgt een onbeschofte brief aan den consultatiebureauarts. Van de klasgenooten der kinderen G. heeft 10 % een positieve reactie van v. Pirquet. Twee hiervan (één van de naaste bureu) hebben verpleging noodig.

Aangezien de toestand, waarin het gezin verkeert, onhoudbaar is en de huisbezoekster er zelfs niet zonder lijfsgevaar aan huis kan komen, wordt, naar aanleiding van het thuiskomen van T., besloten de hulp van den Voogdijraad in te roepen en de kinderen onder het motief „verwaarloozing” uit de ouderlijke macht te ontzetten. Dit brengt mee verwijdering der kinderen uit het gezin, in casu opneming in een sanatorium. Zoodra hier plaats is, wordt de ontzetting een feit en worden de kinderen opgenomen, hetgeen geschiedt in Mei 1942. De zoon A. blijft thuis en overlijdt nog in dezelfde maand.

Het sterven van beide zoons schijnt de ouders tot inzicht te brengen. Als namelijk de meisjes na een jaar sanatoriumverpleging genezen ontslagen worden en op een buitenschool zijn geplaatst, bezoeken ze geregeld het consultatiebureau voor contrôle.

Ook de vader kan ten slotte nog met een list worden onderzocht en blijkt dan geen actieve longtuberculose te hebben.

Een derde zoon is in het buitenland werkzaam in den tijd, dat de ziekte in het gezin wordt ontdekt. Bij de betrokken maatschappij wordt ziekteverlof aangevraagd om zodoende den jongen in de gelegenheid te stellen op het consultatiebureau te komen. Daar de reis onderbroken wordt wegens het tijdelijk sluiten der grenzen, wordt hij gedurende dit oponthoud geïsoleerd. De jongen neemt het het consultatiebureau zeer kwalijk, dat het aldus heeft gehandeld en wenscht niet onderzocht te worden.

Geval 15.

Mej. T., oud 28 jaar, bediende in een café'tje, wordt in April 1939 door haar huisarts verwezen naar het consultatiebureau wegens hoes-ten en vermagering. Er zijn betrekkelijk weinig röntgenologische afwijkingen, doch het sputum is sterk positief. De adviezen van het consultatiebureau worden in den wind geslagen. Het contact met de huisbezoekster wordt „per brief” verbroken, daar patiënte niet wil, dat men in haar kosthuis van haar ziekte op de hoogte is. Intusschen blijft ze haar werk doen en trouwt ze.

Maart 1943 wordt de consultatiebureauarts in consult geroepen. Patiënte is dan erg achteruitgegaan. Met het oog op observatie en isolatie wordt opneming geadviseerd, doch door allerlei bezwaren van de zijde van patiënte kan deze niet doorgaan. Een jaar later, als de toestand hopeloos is, wordt ze in een ziekenhuis opgenomen, waar ze vrij spoedig overlijdt.

Bij contactonderzoek blijkt haar man geen actieve tuberculose te hebben.

Geval 16.

W., oud 38 jaar, kantoorbediende, komt September 1940 voor contrôle op het consultatiebureau naar aanleiding van een open long-tuberculose, die hij in 1935 heeft doorgemaakt. Hij is toen opgenomen geweest in een sanatorium, doch na eenige maanden vertrokken, toen er sprake was van thoracoplastiek. Patiënt heeft in 't geheel anderhalf jaar gerust en zou goed vooruit zijn gegaan.

Bij het eerste onderzoek op het consultatiebureau wordt de diagnose gesteld: longtuberculose, stadium L, sputum negatief.

Steeds is het gezonden sputum negatief. De consultatiebureauarts twijfelt echter, of patiënt wel zijn eigen sputum stuurt, gezien de afwijkingen in zijn longen.

Patiënt wil niet rusten, noch eenige behandeling ondergaan. Steeds weer komt hij met het motief, dat hij tijdens een rustkuur zijn gezin niet kan onderhouden.

Bij gezinsonderzoek, dat op herhaald aandringen van den consul-

tatiebureauarts in Juni 1942 plaats vindt, blijkt een van de twee kinderen een inactieve tuberculose te hebben. De vrouw en het andere kind zijn gezond.

Geval 17.

K., koopman, is 27 jaar oud, als hij in Augustus 1933 door den huisarts naar het consultatiebureau wordt gezonden wegens positief sputum. De diagnose luidt: tuberculosis pulmonum, stadium M, sputum positief.

Contactonderzoek van het gezin vindt niet plaats wegens de zeer afwijzende houding van het echtpaar. Hoewel huisarts en consultatiebureauarts beiden ten eerste aandringen op rust, slaat patiënt deze adviezen in den wind, zoodat hij in 1934 wegens gebrek aan medewerking wordt afgeschreven. In September 1938 wordt hij opnieuw door den huisarts gestuurd wegens sterke vermagering en hoesten. Het proces heeft zich uitgebreid; het sputum is positief. Einde 1938 wordt hij ten tweeden male afgeschreven wegens onwil. Einde 1939 wordt patiënt opgenomen in een ziekenhuis voor een andere afwijking. In Maart 1940 wordt hij op eigen verzoek ontslagen.

In Januari 1940 wordt het oudste kind (2 jaar) door den kinderarts naar het consultatiebureau gestuurd wegens een positieve reactie van v. Pirquet. Het heeft dan geen afwijkingen. In Maart 1940 sterft het aan meningitis tuberculosa.

Door deze gebeurtenis is de man meegaander geworden. Hij komt in April 1940 voor contrôle. Het proces is nog verergerd. Het sputum is sterk positief. Hij stemt toe in sanatoriumopneming, welke plaats vindt van Juni 1940 tot September 1942. De toestand is dan na een plastiek-operatie veel verbeterd: het sputum is negatief geworden.

Ook de overige familie komt na den dood van het kind op het consultatiebureau. Het jongste kind, geboren 1939, is gezond, de vrouw heeft een actief proces in de linker bovenkwab. Advies: sanatoriumopneming. Ze kuurt thuis, omdat de man dreigt het sanatorium te verlaten, als ook zij opgenomen wordt.

Geval 18.

In Juli 1936 komen twee schoolgaande kinderen uit het gezin S. op het consultatiebureau met een tuberculeus longproces.

Bij het zoeken naar de bron valt de aandacht op het gezin W., dat door de jongens dagelijks wordt bezocht voor het nuttigen van hun boterham. De zoon uit dit gezin heeft in November 1935 het consultatiebureau bezocht naar aanleiding van een haemoptoë en had toen longtuberculose, stadium M. Sanatoriumopneming werd geweigerd. In Juli 1936 is het proces voortgeschreden en is links boven een groote caverne ontstaan.

De moeder is gezond, de vader heeft een versche longtuberculose. Ofschoon er dus in Juli 1936 drie slachtoffers blijken te zijn, gaat de jonge man voort met de adviezen van den consultatiebureauarts niet op te volgen. Sanatoriumopneming wordt geweigerd; sputum wordt, ondanks herhaald verzoek, nooit gezonden. Patiënt komt nog eenmaal voor onderzoek terug en overlijdt in Mei 1940.

Geval 19.

P., vrachtrijder, is 32 jaar oud, als hij wegens het opgeven van bloed in Mei 1935 door den huisarts naar het consultatiebureau wordt gezonden. De bevinding is hier: tuberculosis pulmonum, stadium L. Aangeraden wordt rust en geregelde contrôle. Patiënt blijft echter aan het werk, zendt geen sputum voor onderzoek en komt pas twee jaar later op het consultatiebureau terug. Ook dan wordt sterk op rust en contrôle aangedrongen, doch weer zonder resultaat.

We zien hem dan pas in Maart 1942 terug. Weer is opgeven van bloed de aanleiding tot zijn komst. Hij vertelt dan, dat hij de laatste jaren, hoewel het moeite kostte, heeft gewerkt. De huisarts deelt mede, dat het sputum in November 1941 sterk positief was. Patiënt zet zijn leefwijze voort tot Mei 1944. Dan wordt hij opgenomen voor colapstherapie.

In Mei 1937 komen de oudste vier van de vijf kinderen voor contact-onderzoek. Allen zijn gezond. Als ze in December 1941 terugkomen, blijkt één van hen geïnfecteerd te zijn. De moeder, die dan voor het

eerst wordt onderzocht heeft een inactieve tuberculose. Het jongste kind, geboren Januari 1937, eveneens nu voor het eerst onderzocht, heeft longtuberculose, stadium M.

In Mei 1942 maakt de moeder een pleuritis door.

In Mei 1944 hebben alle vijf kinderen een specifieke longaandoening, evenals het in 1942 geboren zesde kind.

Geval 20.

H., geboren 1886, landarbeider, heeft al sinds langen tijd gehoest, als de huisarts in Januari 1936 positief sputum bij hem constateert. De man is aanvankelijk niet te bewegen naar het consultatiebureau te gaan. Wel komen de overige gezinsleden (vrouw en negen kinderen) allen voor contactonderzoek.

Waarschijnlijk onder invloed van den uitslag van dit onderzoek zien we den man Februari 1936 op het consultatiebureau verschijnen, waar de diagnose „rechtszijdige longtuberculose met groote caverne en positief sputum” wordt gesteld. Patiënt wordt voor observatie en eventuele collaps therapie in een ziekenhuis opgenomen. Hij gedraagt zich hier slecht en verlaat het spoedig weer. Mei 1936 laat hij zich opnemen in een sanatorium, doch geen maand later loopt hij weer weg. Patiënt kuurt thuis niet.

Als hij in September 1936 op het consultatiebureau komt, is de toestand duidelijk achteruitgegaan. Opnieuw wordt nu een sanatoriumkuur aangevangen, doch Januari 1937 verlaat patiënt wederom het sanatorium tegen advies. Hij rust thuis twee uur per dag, tot hij Maart 1938 ten derde male zich laat bewegen opgenomen te worden. Deze keer houdt hij het nauwelijks een maand uit.

October 1940 zien we hem weer eens op het consultatiebureau terug. Sinds drie jaar is de toestand aanmerkelijk achteruitgegaan. De Inspecteur van de Volksgezondheid wordt geraadpleegd over eventueel te nemen maatregelen. Het resultaat is, dat een gezinsvoogd wordt aangesteld.

Juli 1941 is het proces dubbelzijdig geworden en de gezinsvoogd neemt de kinderen uit het gezin weg. De onevenwichtige man laat

zich nu voor de vierde maal opnemen. Er wordt bij hem een phrenico-exhaerese verricht, doch geen drie maanden later (Februari 1942) verlaat patiënt tegen uitdrukkelijk advies de inrichting. Maart 1942 overlijdt hij.

Het contactonderzoek in Januari 1936 leverde het volgende op:
De vrouw heeft inactieve longtuberculose.

Zoon A., oud 24 jaar, heeft longtuberculose, stadium M. Hij komt niet terug voor contrôle.

Zoon B., oud 15 jaar, is gezond. Hij wordt Januari 1937 opnieuw gestuurd wegens hoesten, blijft niet onder contrôle en blijkt December 1939 longtuberculose, stadium M, te hebben. Het sputum is positief. Er volgt sanatoriumopneming. Hij verlaat de inrichting December 1940 op eigen verzoek en overlijdt Januari 1941 thuis.

Zoon C., 25 jaar, is bij het eerste onderzoek gezond, gaat naar Duitschland om te worden tewerkgesteld en komt in Mei 1941 op het consultatiebureau met open longtuberculose, stadium M., met positief sputum. Hij overlijdt September 1941.

De overige zes kinderen, wier leeftijden variëeren van 3 tot 13 jaar, zijn alle geïnfecteerd en maken ten deele een licht longproces, ten deele een hiluskliertuberculose door. Ze blijven, dank zij de moeder, geregeld onder contrôle.

Geval 21.

W., oud 18 jaar, werkzaam op de boerderij van zijn vader, wordt in April 1932 door den huisarts naar het consultatiebureau gestuurd, omdat hij sinds eenige weken pijn in de borst heeft. Patiënt heeft als kind coxitis tuberculosa doorgemaakt.

De diagnose luidt: linkszijdige longtuberculose, stadium M. Het sputum wordt niet gezonden. Geadviseerd wordt: volledig kuren, welk advies niet wordt opgevolgd.

Na 3 maanden is de toestand achteruitgegaan. Patiënt wordt dan nogmaals uitdrukkelijk op den ernst van zijn ziekte gewezen, doch zonder resultaat. De huisbezoekster ziet korten tijd later patiënt fietsen, vermoedelijk op weg naar zijn werk. Hij komt niet meer terug op het consultatiebureau.

Juni 1942 wordt hij door den huisarts opnieuw gestuurd, omdat hij veel hoest, veel transpireert en spoedig vermoeid is. De diagnose luidt thans: ernstige linkszijdige longtuberculose met groote caverne; sputum sterk positief. Aangeraden wordt opneming voor collaps-therapie. Patiënt verricht lichten arbeid op de boerderij en komt niet weer op het consultatiebureau terug.

Zijn broer H., die in April 1932 voor contactonderzoek is gekomen, had toen een genezen hiluskliertuberculose. Deze jongen komt wederom in Juli 1942, 22 jaar oud, voor contactonderzoek en heeft dan een linkszijdige longtuberculose met groote caverne en positief sputum. Ook deze broer wijst opneming in een sanatorium van de hand. Hij blijft werkzaam in de boerderij en komt pas November 1943 terug. Het proces heeft zich dan erg uitgebreid en is dubbelzijdig geworden, doch ook dan blijft patiënt doorwerken.

Bij het contactonderzoek van de overige gezinsleden in Juni 1942 blijkt de vader gezond te zijn. De moeder heeft een oude, schijnbaar inactieve tuberculose. De zuster, oud 25 jaar, heeft verdachte verschijnselen van longtuberculose, moet onder contrôle blijven, maar komt niet weer terug, ofschoon ze geregeld aan deze twee infectiebronnen is blootgesteld. Broer W. heeft bovendien een meisje.

Geval 22.

Mej. K., geboren 1883, woont met haar man en zes kinderen in een éénkamerwoning. Ze is sinds haar 31ste jaar lijdende aan longtuberculose. In het begin van haar ziekte heeft ze een half jaar bedrust gehouden. Daarna heeft ze niet meer gekuurd, ofschoon ze in den winter van 1929 een ernstige haemoptoe heeft gehad. Ze hoest veel en geeft veel op en neemt geen voorzorgsmaatregelen ten opzichte van haar omgeving.

November 1930 komt ze met haar zoontje op het consultatiebureau omdat de huisarts bij dit kind een longtuberculose vermoedt. Bij de moeder wordt dan de diagnose „tuberculosis pulmonum, stadium M, met positief sputum” gesteld. Daarna komt zij niet meer op het consultatiebureau terug, stoort zich niet aan eenig advies van deze

zijde, werkt zelfs de in het belang van haar zoontje te nemen maatregelen tegen en overlijdt in 1934.

Het zoontje heeft November 1930 op 10-jarigen leeftijd een longtuberculose, stadium M, en wordt een tijdlang in een sanatorium opgenomen, maar door de ouders teruggehaald. Het kind wordt dan voor eenigen tijd in een ander gezin geplaatst maar rust hier niet voldoende en gaat achteruit. Pogingen om het in een nazorginrichting geplaatst te krijgen mislukken wegens tegenwerking van de ouders. Wel gelukt dit na het overlijden van de moeder in 1934. Het kind maakt het daarna redelijk goed.

Vermoedelijk zijn twee van de zeven kinderen uit dit gezin aan tuberculose gestorven. Of er nog meer besmettingen in het gezin hebben plaats gevonden, kan niet meer worden nagegaan, daar contactonderzoek geweigerd wordt.

De vrouw blijkt voorts de oorzaak van besmettingen met tuberculose in de omgeving te zijn.

Geval 23.

H., oud 44 jaar (van beroep rijwielhersteller), wordt Juli 1932 door den huisarts naar het consultatiebureau gestuurd wegens hoesten en het opgeven van bloederige fluimen. De bevinding op het consultatiebureau is: longtuberculose, stadium M. Het sputum is positief.

Patiënt, die gekwalificeerd wordt als een dom type, stoort zich niet aan het voorschrift van algeheele rust. Hij blijft zijn werk doen en besmet zijn omgeving. Na twee keer contrôle komt hij niet meer op het consultatiebureau terug.

Als de kinderen (2, 4, 6 en 9 jaar oud) een half jaar na het eerste onderzoek van den vader voor gezinsonderzoek op het consultatiebureau komen, blijken ze alle vier nog gezond te zijn. Aangezien ze niet terugkomen, worden ze in 1941 afgeschreven.

De man heeft een autoverhuurinrichting en neemt zijn kinderen vaak in de auto mee. Niettegenstaande de uitdrukkelijke waarschuwingen van den huisarts en van de districtshuisbezoekster blijft patiënt zijn

omgeving bedreigen. De gevolgen van dit asociale gedrag zijn de volgende:

Een dochter krijgt coxitis tuberculosa.

Een zoon krijgt wervel- en buiktuberculose en overlijdt, een andere blijft gezond, een derde overlijdt aan meningitis tuberculosa.

Geval 24.

H., oud 29 jaar, landarbeider, wordt Mei 1936 door zijn huisarts naar het consultatiebureau gezonden wegens hoesten en opgeven. Hij blijkt aan longtuberculose, stadium M, te lijden. De röntgenfoto vertoont een caverne. Het sputum is sterk positief.

Aangezien de toestand een maand later duidelijk is verbeterd (de bezinking liep van 79 mm na 1 uur terug tot 42 mm na 1 uur), meent de consultatiebureauarts te kunnen adviseeren tot verpleging in een sanatorium voor rekening van het Invaliditeitsfonds. Bovendien is hij, tengevolge van zijn zeer ongelukkige behuizing, een groot gevaar voor zijn gezin, te meer, omdat patiënt gebrekkig kuurt. Hij weigert echter uitzending naar een sanatorium.

Bij fysisch en röntgenologisch onderzoek in November 1936 blijkt de toestand duidelijk te zijn achteruitgegaan. Ook nu wordt sanatorium-opneming geweigerd, ofschoon de situatie in het gezin onhoudbaar is. Er wordt nu geadviseerd patiënt zoo goed mogelijk thuis te verzorgen en de kinderen uit het gezin te verwijderen. Ook hieraan wordt geen gevolg gegeven. Juli 1937 wordt patiënt eindelijk in een ziekenhuis opgenomen. Hij overlijdt in Augustus 1938.

Als het gezin Juli 1936 voor contactonderzoek wordt opgeroepen, blijken de vier kinderen, resp. 5, 3, 2 en 1 jaar oud, geïnfecteerd te zijn. De oudste twee hebben alleen een sterk positieve reactie van v. Pirquet, de jongste hebben hiluskiertuberculose. De moeder is zeven maanden gravida en heeft geen tuberculeuze afwijkingen. Juni 1937 vertoont de röntgenfoto een goed genezen pleuritis.

Tegen uitdrukkelijk advies blijven de kinderen het consultatiebureau voor contrôle slecht bezoeken. Het vijfde kind, dat September 1936 wordt geboren, krijgt B.C.G.-vaccin. Het overlijdt evenwel op den leeftijd van 7 maanden aan specifieke meningitis.

Geval 25.

O., oud 20 jaar, wordt Januari 1933 naar het consultatiebureau gestuurd, daar hij sinds een half jaar hoest en opgeeft. De diagnose op het consultatiebureau luidt: longtuberculose, stadium L. Nog in 1933 volgt sanatorium-opneming. Bij ontslag in 1934 is hij valide in den zin der Invaliditeitswet. Daar er röntgenologisch een caverne is geconstateerd, blijft strenge contrôle noodzakelijk. October 1935 wordt er een belangrijke uitbreiding van het longproces vastgesteld met positief sputum. Het advies luidt dan: algeheele bedrust.

Patiënt weigert nu verder mede te werken, en wil niet opnieuw opgenomen worden. Hij kuurt bijna niet en zou een ernstig besmettingsgevaar voor zijn omgeving zijn. Hij gebruikt veel alcohol. In 1938 trouwt hij.

In November 1939 schrijft de huisarts: „gezien zijn slecht ziekte-inzicht en zijn gebrek aan medewerking zou ik hem zoo gauw mogelijk in een sanatorium willen zien opgenomen”. Opneming vindt plaats einde 1939. Patiënt overlijdt hier in Augustus 1941 aan meningitis tuberculosa.

Juni 1939 komen vrouw en kind voor het eerst op het consultatiebureau. De vrouw heeft een inactieve tuberculose; als ze Maart 1941 voor contrôle terugkomt, blijkt ze een uitgebreide dubbelzijdige longtuberculose te hebben. Ze overlijdt Augustus 1941.

Het zoontje heeft Juni 1939, als het 6 maanden oud is, een negatieve reactie van v. Pirquet. Ook het kind komt pas Maart 1941 voor contrôle terug en heeft dan een positieve reactie van v. Pirquet.

Geval 26.

Mej. L., oud 48 jaar, bezoekt November 1935 wegens maagklachten de interne polikliniek, waar men, behalve een anaciditeit van de maag, een open longtuberculose constateert. Het consultatiebureau bevestigt de diagnose en stelt een uitgebreid exsudatief proces van beide longen vast. De vrouw wordt van November tot December 1935 in een ziekenhuis, en daarna thuis verpleegd. Het gezin staat als slordig bekend. Aan de voorschriften van het consultatiebureau stoort men

zich niet. De vrouw moet kuren in de kamer, waar het gezin huist. September 1936 overlijdt patiënte.

Naar aanleiding van dit ziektegeval worden man en kinderen voor contactonderzoek opgeroepen.

De man, oud 52 jaar, van beroep schipper, leeft met zijn gezin aan den wal en verpleegt zijn zieke vrouw. Hij komt Juni 1936 op het consultatiebureau, waar de diagnose luidt: dubbelzijdige longtuberculose met cavernen; sputum positief. Advies: rust. Patiënt heeft totaal geen ziekteinzicht, rust niet. De sputumprophylaxe neemt hij niet in acht. Bij tusschenpoozen vaart hij op het schip van zijn zoon en diens gezin. October 1940 volgt een haemoptoë.

Van November 1940 tot November 1941 wordt hij in een sanatorium opgenomen. Hij gaat hier goed vooruit: het sputum wordt negatief. Thuis gaat het weer als van ouds. Er volgt spoedig reactivering van het proces met gewichtsafneming en positief sputum. Patiënt komt veel in contact met kleine kinderen.

Bij het contactonderzoek van de kinderen werd het volgende geconstateerd:

Dochter A., oud 19 jaar, doet bij de moeder, later bij den vader, de huishouding. Ze heeft bij het eerste onderzoek in Maart 1936, dubbelzijdige longtuberculose. Sanatoriumopneming wordt geweigerd, ze kuurt thuis niet. In Februari 1937 is de toestand duidelijk achteruitgegaan. Van Mei 1937 tot Mei 1938 wordt ze in een sanatorium verpleegd.

Dochter B., oud 16 jaar, woont in bij haar broer, schipper van beroep. Ze heeft in Mei 1936 een productieve longtuberculose. Bij geregelde contrôle blijkt het goed te gaan. Als ze in 1938 trouwt met een schipper en het eerste kind verwacht, wil de vader, dat ze bij hem thuis komt voor de bevalling. Doordat de partus te vroeg plaats vindt, wordt ze in een ziekenhuis opgenomen, waar het kind B.C.G.-vaccin krijgt. De dochters C. en D., resp. oud 8 en 5 jaar, hebben bij het eerste onderzoek (Juni 1936) een positieve reactie van v. Pirquet. In Augustus 1937 hebben beiden een hiluskliertuberculose.

De zoons A. en B., resp. 20 en 16 jaar, hebben Mei 1937 een inactieve longtuberculose.

Zoon C., oud 24 jaar, vaart op een schip. (De vader gaat vooral met dezen zoon mee). Maart 1937 wordt hij door den huisarts naar het consultatiebureau gezonden wegens het opgeven van bloed. Hij heeft een dubbelzijdige longtuberculose met negatief sputum. Advies: sanatoriumopneming. Aanvankelijk blijft patiënt varen zonder rust te nemen. Van Mei 1937 tot Februari 1938 volgt opneming. De toestand verbetert aanmerkelijk. Na thuiskomst houdt hij zich slecht aan de voorschriften, hetgeen de toekomst onzeker maakt.

Een kleinkind heeft op 4-jarigen leeftijd, in Juni 1943, actieve longtuberculose. Het is veel met den grootvader in contact geweest.

De vader van dit kind, die naar aanleiding van de ziekte van zijn kind voor contactonderzoek is opgeroepen, heeft in Juni 1943 dubbelzijdige longtuberculose. Na volledige rustkuur volgt verbetering. Zijn vrouw is gezond.

Geval 27.

W., oud 21 jaar, komt December 1924 voor contrôle op het consultatiebureau. Hij is dan juist wegens meerderjarigheid uit een opvoedingsgesticht ontslagen. De diagnose op het consultatiebureau luidt: longtuberculose, stadium M-N, met positief sputum. Hij wordt gedurende een half jaar in een ziekenhuis opgenomen en moet dan thuis verder kuren. Patiënt komt nu in de slechte omstandigheden terug, kuurt niet en bezoekt op zeer onregelmatige tijden het consultatiebureau. In 1929 trouwt hij. Het sputum is dan nog zeer sterk positief. In Augustus 1934 zien we hem voor het eerst sinds Mei 1929 terug. Hij hoest en geeft weinig op. Het sputum is negatief. Patiënt vent met krantjes en blikk sardientjes in. In Januari 1937 is het sputum weer positief. Na Januari 1941 zien we hem niet weer op het consultatiebureau terug; hij overlijdt in Februari 1944.

Bij het contactonderzoek heeft zijn eenig kind op éénjarigen leeftijd longtuberculose, stadium L. Zijn vrouw is gezond en wenscht niet voor contrôle terug te komen.

Geval 28.

Mej. H., oud 42 jaar, moeder van zeven kinderen, maakt van 1935-'36

achtereenvolgens een pleuritis sinistra, een peritonitis en een dubbelzijdige pleuritis door. Het gezin is klein behuist en leeft zeer onhygiënisch. De sputumprophylaxe wordt totaal genegeerd, niettegenstaande de raadgevingen van huisarts en wijkverpleegster.

October 1936 bezoekt ze voor het eerst het consultatiebureau, waar een uitgebreide exsudatieve tuberculose van de linker long wordt geconstateerd met verspreide haarden in de rechter long. Het sputum is sterk positief. De prognose is infaust. Het advies luidt: isolatie en absolute bedrust. De vrouw wordt door haar man, die alle raadgevingen op het gebied der sputumprophylaxe in den wind slaat, verpleegd. Ze wordt in Februari 1937 in een ziekenhuis opgenomen en overlijdt hier in Mei 1937.

In November 1936 vindt contactonderzoek van het geheele gezin plaats. Uit de ziektegeschiedenissen der kinderen vermelden we het volgende:

Dochter A., 8 jaar: erythema nodosum, gevolgd door hiluskliertuberculose. Gedurende een half jaar verpleegd in een sanatorium. Daarna coxitis tuberculosa. Een jaar later eiwit in de urine met zuurvaste staafjes. Hydronephrose rechts, vermoedelijk van specifieke aard.

Dochter B., 6 jaar: longtuberculose, stadium M, met hiluskliertuberculose. Opgenomen in sanatorium.

Zoon C., 13 jaar: reactie van v. Pirquet positief. Komt zeer ongeregeld ter contrôle en heeft Januari 1940 een actief proces van beide longen. Overlijdt Februari 1940.

Zoon D., 11 jaar: hiluskliertuberculose. In 1944, als hij in zes jaar het consultatiebureau niet heeft bezocht, komt hij met positief sputum.

Zoon E., 16 jaar: reactie van v. Pirquet positief. Geen actieve tuberculose. Hij wordt in 1938 gezonden met een verkazende tuberculose van de linker long en positief sputum. Kuurt thuis niet. Volgt sanatorium-opneming voor rekening van het Invaliditeitsfonds. Hij verlaat het sanatorium tegen advies.

Zoon F., 15 jaar, reactie van v. Pirquet negatief. In 1937 is de reactie positief. In 1938 positief sputum. In sanatorium opgenomen voor rekening van het Invaliditeitsfonds.

Zoon G., 18 jaar: reactie van v. Pirquet positief. Gezond.
De vader weigert onderzoek.

Geval 29.

Het kappersgezin W. bestaat uit man, vrouw en vijf kinderen. De man overlijdt in 1934 aan longtuberculose. Dochter H., oud 16 jaar, wordt December 1935 acuut ziek onder verschijnselen van pneumonie en wordt opgenomen in een ziekenhuis, waar men een tuberculeus infiltraat van de linker long met positief sputum vaststelt. September 1936 wordt ze naar het consultatiebureau doorgezonden met de bedoeling sanatoriumopneming te verkrijgen. Hier wordt de diagnose bevestigd. Van November 1936 tot Juni 1937 vindt een sanatoriumkuur plaats, waarna patiënte veel verbeterd ontslagen wordt. Ze kuurt thuis na en wordt December 1938 als genezen afgeschreven.

April 1940 wordt ze opnieuw door den huisarts gezonden, omdat deze een exacerbatie van het oude proces vermoedt. Men vindt links een verweeking met cavernevorming en positief sputum. Advies: sanatoriumopneming voor eventueele collapstherapie.

Gezien de tijdsomstandigheden is men, mede op advies van den huisarts, aanvankelijk tegen sanatoriumopneming, doch, als in Juni 1940 de consultatiebureau-arts schrijft, dat nu alles weer normaal functioneert, wordt wederom, mede op advies van den huisarts, opneming geweigerd. Patiënte kuurt nu in een tent thuis. De voorschriften van den consultatiebureau-arts betreffende de sputumprophylaxe worden echter slecht opgevolgd en er wordt weinig gedaan om verdere besmettingen in het gezin tegen te gaan. Ook ontvangt patiënte veel kinderen op bezoek. Ze overlijdt in December 1940.

Contactonderzoek heeft in 1936 wegens de onwillige houding van het gezin niet kunnen plaats vinden.

De moeder, die in Augustus 1937 als begeleidster van dochter H. wordt onderzocht, vertoonde toen nog geen specifieke afwijkingen. Ze blijft onder geregelde contrôle en heeft in Februari 1944 een actieve longtuberculose, stadium M. Advies: volledige bedrust. Ze kuurt echter niet.

Dochter T. overlijdt in Januari 1943 op 17-jarigen leeftijd aan longtuberculose.

Zoon A., van beroep kapper, komt Juli 1941 op 20-jarigen leeftijd voor het eerst voor onderzoek, omdat hij een week geleden een haemoptoe heeft gehad. Hij heeft een dubbelzijdige longtuberculose met positief sputum. In October 1941 volgt sanatoriumopneming. In Augustus 1943 wordt hij, veel verbeterd, ontslagen. Het blijft daarna goed gaan.

Dochter O. komt April 1941, oud 10 jaar, op het consultatiebureau om gekeurd te worden voor een vacatiekolonie. Er blijkt tegen uitzending geen bezwaar te zijn. Februari 1943 heeft ze een lichte hiluskliertuberculose.

Zoon D. wordt October 1942, oud 19 jaar, naar het consultatiebureau gezonden. De reactie van v. Pirquet is positief. De röntgenfoto van de longen wijst op een vroegere infectie. Mei 1943 heeft hij een versche exsudatieve longtuberculose, stadium M. In Augustus 1943 volgt sanatoriumopneming. Het sputum is hier eerst negatief, later positief. Er wordt collapsbehandeling toegepast.

Volgens de districtshuisbezoekster moet de onwillige houding van dit gezin stellig voor een deel zijn te wijten aan de houding van den huisarts.

Geval 30.

Mej. T., moeder van acht kinderen, wordt op 43-jarigen leeftijd in Juli 1939 naar het consultatiebureau gezonden omdat een tuberculeus proces vermoed wordt. Ze heeft een rechtszijdige longtuberculose met positief sputum. Het advies luidt: volledig kuren, geïsoleerd van haar kinderen. Tegen een sanatoriumkuur rijzen van haar kant vele bezwaren. Mede onder invloed van haar man, die als een psychopaath (querulant) beschouwd moet worden, blijft de vrouw rondloopen en komt er niets van sputumprophylaxe terecht. Vooral angst voor schade in de zaak (de man is smid) doet haar op deze wijze handelen.

Tot September 1940 komt patiënte geregeld op het consultatiebureau terug. Steeds wordt hier weer aangedrongen op systematisch en geregeld kuren en steeds tracht men haar te doen inzien, dat ze als een

gevaarlijke infectiebron voor haar gezin beschouwd moet worden, doch het is boter aan de galg gesmeerd. Het sputum blijft positief, het proces schrijdt verder voort.

Betreffende de kinderen kan het volgende vermeld worden:

Twee dochtertjes, van 9 en 4 jaar, komen Augustus 1939 voor contact-onderzoek. Beiden hebben een longtuberculose met hiluskliertuberculose. Van volledig kuren komt niets terecht; het oudste kind blijkt aanvankelijk zelfs naar school te gaan. Van uitzending naar een kindersanatorium wil de vader niets weten. Hij bouwt zelf een ligtent.

Zoon A., geboren December 1923, wordt Juli 1941 door den huisarts gestuurd. Hij blijkt een proces van de linker bovenkwab te hebben. Ook deze jongen heeft totaal geen ziekteinzicht, stuurt nooit sputum en heeft Juni 1942 een uitgebreide open longtuberculose. Dan nog houdt hij zich niet aan de voorschriften. Januari 1943 wordt zelfs gemeld, dat hij mee aan tafel eet. Mei 1943 wordt hij in een sanatorium opgenomen, waar een pneumothorax wordt aangelegd.

Zoon B., geboren November 1927 heeft October 1941 een pleuritis dextra benevens tuberculeuze longveranderingen. Ook deze jongen kuurt onvoldoende en komt zeer ongeregeld voor contrôle.

Zoon C., geboren Februari 1934, heeft in October 1941 geen andere afwijkingen dan een positieve reactie van v. Pirquet.

Zoon D., geboren Juni 1922, is in 1940 gedurende 9 maanden in een ziekenhuis verpleegd voor een pleuritis dextra. Heeft in October een pleuraverdikking met duidelijke tuberculeuze longveranderingen, die geen activiteitsverschijnselen vertoonen. Deze jongen komt voor geregelde contrôle en het blijft goed met hem gaan.

Geval 31.

Mej. W., oud 26 jaar, moeder van drie kinderen, wordt in Maart 1928 acuut ziek met hooge temperatuur en opgeven van bloederige sputa. De consultatiebureauarts, die in consult wordt geroepen, stelt de diagnose: specifieke pneumonie links, stadium M; sputum positief. Als patiënte October 1928 op het consultatiebureau komt, blijkt het proces te zijn verergerd. Bovendien is er ook rechts een kleine haard.

Het sputum is sterk positief. Het advies „opneming voor collaps therapie” wordt genegeerd. Patiënte zal thuis gaan kuren in de tent. Hiervan blijkt echter weinig terecht te komen. Ze houdt geen geregelde bedrust, maakt zelfs wandelingen; ze bezoekt op zeer ongeregelde tijden het consultatiebureau. Na Augustus 1931 is ze weer werkzaam in de huishouding. Sputum wordt niet gezonden: patiënte zou niet opgeven. De huisbezoekster, die ten eerste op isolatie van de kinderen aandringt, wordt de deur gewezen.

In Maart 1939 komt ze terug, omdat ze 3 maanden gravida is en haar graviditeit afgebroken wenscht te zien. Het advies luidt: geen abortus opwekken. September 1939 volgt opneming voor partus in de verloskundige kliniek. Het kind krijgt B.C.G.-vaccin.

Patiënte zet daarna haar ongeregelde levenswijze voort, helpt zelfs mee in de huishouding. De baby brengt ze niet voor contrôle terug. Maart 1942 komt ze weer op het consultatiebureau met de mededeeling, dat ze zwanger is. Weer wordt geadviseerd: geen abortus opwekken, daar kans op beterschap, ook bij het afbreken van de zwangerschap, uitgesloten is. Patiënte is nu zwaar ziek. Ze verschijnt daarna niet meer op het consultatiebureau. Later wordt ze opgenomen in een psychiatrische inrichting.

Contactonderzoek van man en kinderen wordt geweigerd. Wel wordt in Mei 1929 een zoontje van 7 jaar, door den huisarts gestuurd wegens pijn en beperkte bewegelijkheid der linker heup. Diagnose: longtuberculose, stadium L, met coxitis tuberculosa sinistra. Advies: sanatorium-opneming. Patiënt „rust” op een stoel thuis; krijgt een flexiecontractuur van het linker heupgewricht en vermoedelijk een abces in het abdomen, waarvoor hij in November 1930 naar de chirurgische kliniek wordt verwezen. Ook op dit advies wordt niet ingegaan en de jongen verschijnt niet weer op het consultatiebureau.

Geval 32.

S. krijgt April 1940 op 48-jarigen leeftijd een haemoptoë. Hij wordt gedurende 3 maanden (Mei—Augustus) in een ziekenhuis verpleegd en heeft hier steeds positief sputum. Hij verlaat in Augustus tegen advies, wegens heimwee, het ziekenhuis. Thuis wordt hij verder

verpleegd door zijn vrouw. Het gezin is slecht gehuisvest. Van sputumprophylaxe komt niets terecht. October 1940 bezoekt patiënt het consultatiebureau. Hij verkeert dan in het eindstadium van een uitgebreide long- en darmtuberculose. Patiënt overlijdt Januari 1941. De echtgenoot, die April 1940 door den huisarts voor contactonderzoek wordt gezonden, heeft een oud tuberculeus proces in beide longen. Wegens de moeilijke omstandigheden, waarin ze tengevolge van de ziekte van haar man verkeert, kan ze niet de noodige rust nemen. Na diens overlijden wordt dit beter, maar toch werkt patiënte niet volledig mee. Ze rust niet voldoende; sputum wordt nooit gezonden. April 1942, als ze, sterk vermagerd, weer op het consultatiebureau komt, is er reactivering van het oude proces opgetreden.

Van de drie kinderen is de jongste dochter (16 jaar) gezond.

De oudste dochter, die gehuwd is, blijkt in December 1940 een longtuberculose, stadium M, te hebben, alsmede een specifiek proces van het linker kniegewricht. Ze wordt met gunstig gevolg twee jaar in een sanatorium verpleegd.

Haar twee kinderen zijn gezond.

Geval 33.

T., 44 jaar oud, venter, wordt Januari 1931 met positief sputum naar het consultatiebureau verwezen. Patiënt heeft reeds eerder twee keer gekuurd in een ligitent.

De bevinding van den consultatiebureauarts is: dubbelzijdige longtuberculose, stadium M-N. Advies: volledige rustkuur, geïsoleerd van zijn gezin. De huisvesting is behoorlijk.

Patiënt, die weinig ziekteinzicht heeft, houdt zich niet aan de voorgeschreven rust en past geen sputumprophylaxe toe. De eerstvolgende zes jaren blijft de toestand vrijwel stationnair; het sputum blijft steeds positief. Na 1937 gaat de toestand achteruit. In een verslag van den sanatoriumarts lezen we: „Patiënt maakt een praesenielen indruk, gevoelt zich goed, is euphoor en moeilijk tot kuren te brengen, ziet den ernst van den toestand niet in.” Hij loopt Mei 1941 uit het sanatorium weg. Daarna komt hij nog tweemaal op het consultatiebureau terug en overlijdt in Juni 1942.

Alle acht kinderen, van 2 tot 16 jaar, komen, dank zij de medewerking van de moeder, in 1931—32 voor contactonderzoek. Alleen het oudste en het jongste hebben een negatieve reactie van v. Pirquet, bij de overigen is de reactie positief. Eén kind heeft hiluskliertuberculose.

Geval 34.

W., evangelist, is op 23-jarigen leeftijd gedurende een half jaar in een sanatorium verpleegd geweest. Tien jaar later krijgt hij een recidief van het oude proces, met positief sputum.

Het blijkt de huisbezoekster, dat het advies „absolute bedrust” niet voldoende wordt opgevolgd. Patiënt kuurt slecht, ontvangt geregeld uit hoofde van zijn beroep jonge mensen en wil, om geen argwaan te wekken, geen huisbezoek. Zijn kwaal mag niet bekend worden. Eén van zijn drie kinderen heeft tuberculose der lymfklieren.

Geval 35.

A., oud 19 jaar, wordt voor den militairen dienst afgekeurd en door den keurenden arts in Mei 1939 naar het consultatiebureau verwezen. Hij blijkt een dubbelzijdige longtuberculose met positief sputum te hebben. Er volgt sanatoriumopneming, waarna verbetering optreedt. Patiënt wordt echter in April 1940 wegens wangedrag disciplinair ontslagen. Hij gaat dan inwonen bij zijn zuster. (Zijn moeder is gestorven, zijn vader is opgenomen in het armhuis). Onmiddellijk gaat hij aan den arbeid op een aardewerkfabriek, hoewel hem dit op het consultatiebureau ten sterkste wordt afgeraden. Het sputum blijft steeds positief en het proces gaat met rassche schreden achteruit.

Patiënt belooft in een ligtent te gaan kuren. Hij verlaat echter geregeld de tent en verkeert in het gezin van zijn zuster, dat vijf jonge kinderen telt. Zelden treft de huisbezoekster hem bij haar bezoek in de tent. Dat deze onverschillige jongeman een groot gevaar voor zijn omgeving moet zijn, blijkt ook duidelijk uit de correspondentie hierover tusschen huisarts en consultatiebureau-arts.

Huisarts aan consultatiebureau-arts:

X, Juni 1943.

„A. te Y. is na een tonsillectomie teruggekeerd uit het ziekenhuis te Z. in het gezin van zijn getrouwde zuster, een echtpaar met 5 kinderen, van resp. 13, 12, 10, 10 jaar en 9 maand. „Hooft een zwaar open-tuberculoselijder die zoo weinig égarde „voor zichzelf en zijn omgeving heeft, wel thuis in een gezin „met zooveel kleine kinderen, te meer, waar zijn algemeene „toestand achteruitgaande is?

„Zijn moeder is dood, zijn vader wordt verpleegd in het armhuis „te X. Deze zuster heeft tot nog toe haar broer bij zich genomen „en verzorgd, doch begint thans, terecht, angstig te worden „voor haar gezin.

„Hebben we het moreele recht na te laten dezen patiënt verder „in een inrichting te doen verplegen en haar dus te dwingen, „wil ze hem niet op straat zetten, dezen gevaarlijken patiënt „bij zich te houden?

„Zoudt U eens willen overwegen om te bemiddelen voor een „opname hier of daar? De kosten zullen dan moeten komen „voor de gemeente X.”

Antwoord:

Juli 1943.

„In antwoord op Uw schrijven over A. te Y. bericht ik U „het volgende:

„De jongen heeft een ernstige long- en darmtuberculose, met „infauste prognose. Opname in het ziekenhuis is onmogelijk. „Ook hier in Z. is mij dat mislukt. Opname in een sanatorium „acht ik niet aangewezen, daar patiënt te ziek is en anderen „eerder in aanmerking komen.

„Zooals U weet, hebben alle sanatoria lange wachtlijsten. Als „patiënt in of bij X. niet geïsoleerd kan worden in een aparte „kamer, dan weet ik geen andere oplossing dan dat hij blijft, „waar hij is en dat alle maatregelen genomen worden om verdere „besmetting te voorkomen.”

Volgende brief van huisarts aan consultatiebureau-arts:

September 1943.

„Zooals U zult zien, gaat A. te Y. hard achteruit, zoodat ik „nogmaals op mijn schrijven van Juni terugkom.

„Patiënt is thans in zijn tentje, vlak voor de huisdeur van zijn „zuster, waar de kleine kinderen van deze spelen, een steeds „toenemende bron van infectiegevaar. Thans gaat het slechte „jaargetijde aanbreken en zal men noodgedwongen A. halen „in één van de twee kamers, die dit gezin met al die kinderen „ter beschikking staan. Een betrouwbare isolatie zal hier onmogelijk kunnen worden doorgevoerd, zoodat ik het als een voor „ons medisch streven vernederende sociale misstand voel, „wanneer er geen plaats voor dezen voor anderen zoo gevaarlijken patiënt in een inrichting kan worden gevonden.

„Is het inderdaad onmogelijk voor hem opname te krijgen?”

Antwoord:

October 1943.

„Het is ons niet gelukt patiënt A. te Y. in het ziekenhuis opgenomen te krijgen. Het is een zeer onbevredigende kwestie, „welke niet anders te regelen valt, dan dat de wijkverpleegster „dagelijks dezen man komt verzorgen.

„De toestanden zijn nu eenmaal door de vele oorzaken, welke „beheersching niet in ons vermogen ligt, allesbehalve ideaal.”

Patiënt overlijdt in October 1947.

Van het gezin van de zuster blijkt bij contactonderzoek het jongste kind van 1 jaar oud, hiluskliertuberculose met longtuberculose te hebben.

Geval 36.

M., geboren 1902, is in 1931 in de tuberculose-afdeeling van een gevangenis verpleegd geweest.

In Maart 1940 wordt hij naar het consultatiebureau gezonden, omdat hij bloederige fluimen opgeeft. Men vindt een uitgebreide tuberculose van de rechter long en van de linker bovenkwab met positief sputum. Ten eerste wordt op sanatorium-opneming aangedrongen, vooral met het oog op de slechte huisvesting en zijn vier kleine kinderen. Mei 1940 wordt hij in een sanatorium opgenomen, waar men de diagnose bevestigt en verder nog de complicatie darmtuberculose vindt. Patiënt gaat hier goed vooruit. Het sputum wordt door een pneumothoraxbehandeling negatief, doch in Juni 1941 wenscht hij plotseling het sanatorium te verlaten. Het eindrapport vermeldt de prognose als dubieus, vooral met het oog op het karakter van patiënt. Hij is namelijk iemand, die het met kuren niet nauw neemt en geen raad wil aannemen.

Het kuren laat na zijn thuiskomst veel te wenschen over. Het gevolg is dan ook, dat in Juli 1942 het proces zoo is achteruitgegaan, dat volledige rust moet worden gehouden. Het sputum is weer positief. Ook nu komt van kuren niets terecht; October 1943 werkt hij zelfs op de dorschmaschine.

November 1943 stemt hij toe weer opgenomen te worden, doch Januari 1944 moet hij disciplinair worden ontslagen wegens het in voorraad hebben en rooken van cigarettten. Bij zijn vertrek belooft hij in een tent te zullen kuren. Volgens de huisbezoekster prefereert patiënt de tent om 's nachts gemakkelijker op roof te kunnen uitgaan. De vijf kinderen (vanaf 5 jaar tot 8 maanden oud), hebben in Mei 1940 alle, behalve het jongste, een sterk positieve reactie van v. Pirquet. Bij geen van hen is een duidelijk tuberculeus proces aan te toonen. Ze blijven onder geregelde contrôle, dank zij de medewerking van de moeder.

Geval 37.

H., los werkman, is 29 jaar oud, als hij in September 1933 door den huisarts naar het consultatiebureau wordt gestuurd voor contrôle. Hij is kort hiervoor in een ziekenhuis opgenomen geweest, waar een specifiek longproces is vastgesteld. Bevinding op het consultatiebureau: dubbelzijdige longtuberculose, stadium M. Sputum negatief. Advies:

kuren in een ligtent. Aan dit advies wordt geen gevolg gegeven. Het proces gaat achteruit en in Maart 1934 is het sputum positief.

Het gelukt echter in Mei 1934 patiënt in een sanatorium op te nemen. Na drie weken loopt hij weg. Twee dagen later wordt hij weer opgenomen. Nu treedt geleidelijk verbetering in. Februari 1935 moet patiënt evenwel wegens wangedrag worden verwijderd.

Op het consultatiebureau adviseert men strenge rust, doch patiënt is spoedig den geheelen dag op de been, verricht zelfs bezigheden (rijwielreparaties) en gaat ten slotte venten.

In Maart 1941 is het sputum opnieuw positief. Er wordt hem dan nogmaals op de noodzakelijkheid van volledig kuren gewezen. Als hem toegezegd wordt, dat er op behoorlijke wijze voor zijn gezin gezorgd zal worden, stemt patiënt nogmaals in sanatorium-opneming toe.

Mei 1942 wordt hij opgenomen, maar na twee dagen loopt hij weer weg. In Juli 1942 volgt weer opneming; een maand later overlijdt hij. Contactonderzoek van het gezin (vrouw en vier kinderen) heeft plaats in Mei 1934.

De vrouw is gezond.

De twee oudste kinderen (9 en 5 jaar) hebben hiluskliertuberculose; het eerste heeft bovendien als complicatie een scrophuleuze ophthalmie, het tweede een specifiek ulcus aan de wang.

Het derde kind (drie jaar) heeft een uitgesproken lymphomatosis van buik-, hals- en liesklieren. De reactie van v. Pirquet is positief. April 1942 heeft het een hiluskliertuberculose.

Het vierde kind (twee jaar) heeft een positieve reactie van v. Pirquet. December 1942 vertoont de röntgenfoto gezwollen hilusklieren en een infiltraat in de longen. De kinderen komen slecht voor contrôle terug.

Geval 38.

Mej. S. komt op 33-jarigen leeftijd in December 1941 op het consultatiebureau, op advies van den huisarts, wegens hoesten, vermagering en spoedige vermoeidheid. Ze heeft een dubbelzijdige longtuberculose,

stadium M, met negatief sputum. Advies: absolute bedrust, geïsoleerd van haar gezin (man en acht kinderen, van 4 tot 14 jaar).

Een maand later wordt ze in een sanatorium opgenomen. Het sputum blijkt dan positief te zijn.

September 1943 wordt ze, veel verbeterd, ontslagen, met negatief sputum. Ze mag licht huishoudelijk werk verrichten en moet onder strenge contrôle blijven. De vrouw is erg slordig en neemt de sputumprophylaxe niet in acht. Bij huisbezoek worden er vaak kinderen bij haar in de bedstee aangetroffen.

Bij het contactonderzoek, dat in December 1941 plaats vindt, hebben 3 van de 6 onderzochte kinderen en de man een positieve reactie van v. Pirquet. (Leeftijd dezer kinderen: 6, 12 en 14 jaar). Ze komen niet meer op het consultatiebureau terug.

Geval 39.

B., oud 29 jaar, brandstoffenhandelaar, wordt in Augustus 1938 door zijn huisarts naar het consultatiebureau gezonden wegens vermagering, hoesten en opgeven. Vier weken tevoren heeft hij een haemoptoë gehad.

Deze ernstig zieke, magere man blijkt een dubbelzijdige, exsudatieve, verkazende longtuberculose te hebben met positief sputum. Het advies luidt: volledige rust in liggend.

Ofschoon in plaats van in een liggend in de kamer wordt gekuurd, worden tot December 1939 de voorschriften vrij behoorlijk opgevolgd. Van December 1939 tot Juni 1940 wordt patiënt in een sanatorium verpleegd, waarna hij, verbeterd, met negatief sputum ontslagen wordt. Bij het eerstvolgende bezoek aan het consultatiebureau in Augustus 1940, wordt hem voorzichtige leefwijze (administratieve arbeid) voorgeschreven. Vanaf dit tijdstip werkt patiënt niet meer mee. Hij laat zijn oude beroep niet varen en maakt lange dagen. We zien hem voor Juli 1941 niet op het consultatiebureau terug. Patiënt is dan 20 K.G. in gewicht afgenomen; het longproces is achteruitgegaan. In December 1941 is het sputum weer positief.

In de drie volgende jaren leeft patiënt zeer onverantwoordelijk; hij

gaat voor de variatie kuren bij kennissen in de naburige stad en ontvangt daar, wijl hij een prettig causeur is, veel jonge menschen in zijn tent.

Terug in zijn woonplaats tart hij zijn huisarts door hem lachend op de fiets te passeeren. Dreigen met staking van het verstrekken van extra-voeding helpt niet. Gedurende deze drie jaar is het sputum steeds positief.

De echtgenoot en het dochtertje van 4 jaar hebben in Augustus 1938 beide een positieve reactie van v. Pirquet. Ze blijven onder geregelde contrôle.

Geval 40.

Mej. W. komt in Mei 1929 op 26-jarigen leeftijd voor het eerst op het consultatiebureau wegens langdurig hoesten en opgeven. Er wordt een uitgebreide, cirrhotisch-exsudatieve tuberculose van de rechter long, benevens een oude, cirrhotisch-productieve tuberculose van de linker long vastgesteld. Het sputum is positief. Het advies luidt: absolute rustkuur in tent; mestkuur.

Vanaf het begin der ziekte heeft patiënte zich weinig aan den raad van den consultatiebureau-arts gestoord. Ze komt zeer ongeregeld voor contrôle en dan nog alleen op voortdurend aandringen van de huisbezoekster. Ze heeft haar 5 kinderen nooit voor contactonderzoek willen zenden, ook haar man verschijnt niet op het consultatiebureau.

In Februari 1938 vertoont de röntgenfoto een verkazend proces van de geheele rechterbovenkwab met centrale caverne en uitzaaiing rechts en links. Het sputum is positief.

Patiënte wil haar toestand niet zien, zooals die is. De consultatiebureau-arts noemt haar „een verwonderlijk mengsel van euphorie en onbetrouwbare mededeelingen”. Ofschoon ze een ruime boerderij bewoont, wil ze toch met haar kinderen in hetzelfde vertrek slapen. Ze gaat 's Zondags tweemaal ter kerk en zit op een vaste plaats. Ze gaat mee aan het Heilig Avondmaal, waarbij dezelfde beker door alle aanzittenden wordt gebruikt.

Een der kinderen wordt op 12-jarigen leeftijd in 1943 door den

schoolarts gestuurd wegens een positieve reactie van v. Pirquet. Bij doorlichting worden vlekkelijke hili gevonden. Het is niet voor contrôle terug geweest.

Geval 41.

A. X., oud 11 jaar, wordt Maart 1938 door den geneeskundigen dienst met erythema nodosum naar het consultatiebureau verwezen. Ze blijkt een dubbelzijdige hiluskliertuberculose te hebben. Ze kuurt thuis, bezoekt van October 1938 tot October 1939 de openluchtschool en onttrekt zich daarna aan de voorgeschreven contrôle van het consultatiebureau.

Als ze Maart 1941 terugkomt, blijkt het oude proces zich te hebben uitgebreid. Er is een kleine caverne naast de rechter hilus en het sputum is positief.

De voorgestelde sanatorium-opneming heeft plaats in April 1941. Na twee dagen wordt ze echter door haar moeder teruggehaald. Ze „rust” nu verder thuis.

In Januari 1942 is er opnieuw een exacerbatie: een gulden-groote caverne rechts en uitbreiding van het proces naar links. Opnieuw wordt op het groote nut van sanatoriumopneming met eventueel pneumothoraxbehandeling gewezen, doch deze wordt geweigerd.

In Juni 1942 gelukt het tenslotte haar opgenomen te krijgen; eerst voor rekening van het Invaliditeitsfonds, later voor die van Openbare Armenzorg.

In Mei 1943 wordt ze ontslagen; de pneumothorax wordt ambulant bijgevuld en het blijft goed gaan.

Het gezin X, dat uit man, vrouw en zes kinderen bestaat, (vier kinderen zijn gestorven, waarvan twee waarschijnlijk aan tuberculeuze menigitis), wordt na het constateeren van hiluskliertuberculose bij A., opgeroepen voor contactonderzoek.

De vader blijkt de besmettingsbron te zijn. Deze man is 39 jaar oud, als hij April 1938 voor het eerst op het consultatiebureau komt. De eerste verschijnselen, hoesten en opgeven, dateeren van den winter 1937—'38. Patiënt heeft een dubbelzijdige longtuberculose met

caverne en positief sputum. In Mei 1938 wordt hij in een sanatorium opgenomen. De directeur van het sanatorium ziet de prognose nog gunstig en verwacht herstel van het arbeidsvermogen. In Juli 1938 vertrekt patiënt plotseling uit het sanatorium, naar zijn zeggen wegens heimwee, ofschoon hiervan tijdens zijn kort verblijf nooit iets is gebleken.

Na een maand laat hij zich opnieuw opnemen. Hij gaat nu goed vooruit; het sputum, dat tot nu toe steeds positief was, wordt negatief. Als evenwel in November 1939 met arbeidstherapie zal worden begonnen, verlaat hij weer het sanatorium wegens psychische onrust. Thuis neemt hij zich niet voor zijn omgeving in acht. Het sputum is weldra weer positief. Na een jaar arbeid is de toestand weer achteruitgegaan en wordt hij in Februari 1941 voor de derde maal opgenomen. Nauwelijks twee maanden later vertrekt hij opnieuw wegens heimwee.

„Patiënt laat nu de gemeenschap weer op andere wijze voor zich zorgen”, schrijft de consultatiebureau-arts. Patiënt blijft invalide in den zin der wet en krijgt uitkeering. Van kuren komt niets meer terecht, evenmin bezoekt hij ter contrôle het consultatiebureau.

De echtgenoot, oud 36 jaar, is gezond.

Twee kinderen van 5 en 8 jaar hebben in Mei 1938 een hiluskliertuberculose. Ze worden opgenomen in een kindersanatorium, resp. Augustus en Maart 1939 hersteld ontslagen en daarna op een openluchtschool geplaatst.

Een zoontje van 10 jaar heeft Maart 1938 een positieve reactie van v. Pirquet. November 1938 heeft het hiluskliertuberculose.

Geval 42.

B., oud 32 jaar, is ongehuwd en woont samen met zijn moeder. Voor hij voor de eerste maal het consultatiebureau bezoekt, is hij al ongeveer 10 jaar lijdende aan longtuberculose. In die 10 jaar heeft hij enkele malen een haemoptoë gehad en is het sputum afwisselend positief en negatief geweest. Hij „kuurt” in een tent. De sputumprophylaxe neemt hij niet in acht.

April 1934 bezoekt hij eindelijk het consultatiebureau. De diagnose luidt hier: chronische, cirrhotisch-induratieve, deels nog productieve tuberculose van de geheele linker long en van de rechter bovenkwab zonder duidelijke activiteitsverschijnselen. Advies: arbeidstherapie. Thuis komt hiervan niets terecht.

Patiënt, die een futlooze, egocentrische en psychisch onevenwichtige man is, laat zich in Juni 1934 opnemen in een sanatorium, waar arbeidstherapie kan worden toegepast. Na een half jaar moet hij echter het sanatorium verlaten, omdat de gemeente verder geen geld voor de verpleging beschikbaar stelt. Het sputum is dan positief. Thuis vervalt hij weer in de oude sleur. Het longproces is nu eens stationnair, dan weer voor- of achteruitgaande.

Waarschijnlijk was volgens de huisbezoekster deze man er wel toe te brengen geweest zich vrijwillig te isoleren, indien niet het ontbreken van geldelijken steun opnemng in een inrichting had belet.

Geval 43.

Het gezin S. is het voorbeeld van een groot, slordig huishouden, dat door de moeder geheel wordt verwaarloosd en waarin de tuberculeuze vader al zijn kinderen infecteert. Beide ouders missen alle ziekte-inzicht en nemen zich niet voor de kinderen in acht.

De eerste, die op het consultatiebureau komt, is A., oud 8 jaar en wel in December 1927. Er zijn dan al drie kinderen aan tuberculose gestorven. Het jongetje ziet er ziekelijk en verwaarloosd uit, heeft een chronische bronchiaal catarrh, doch is niet tuberculeus geïnfecteerd. Het wordt herhaalde malen naar een vacantiëkolonie uitgezonden; toch heeft het in April 1934 een sterk positieve reactie van v. Pirquet met hiluskliertuberculose.

De vader, fabrieksarbeider, is 48 jaar, als hij in Januari 1928 voor het eerst en wel naar aanleiding van de anamnese van zijn zoontje, voor contactonderzoek wordt opgeroepen.

In 1914 heeft hij een haemoptoë gehad, daarna heeft hij diverse malen bloederige sputa opgegeven. Men constateert nu een oude, cirrhotisch-productieve tuberculose met negatief sputum. Het proces is in de loop der jaren nu eens rustig, dan weer actief. Het sputum is afwisselend

positief en negatief. Patiënt vertoeft al de jaren in zijn gezin en overlijdt Januari 1934.

Van de rest van het gezin kan het volgende vermeld worden:

Kind B. Voor het eerst op het consultatiebureau Maart 1929, 5 jaar oud. Heeft een chronische bronchiaalcatarrh. Overlijdt November 1933 aan tuberculeuze meningitis.

Kind C. Komt Juli 1929 voor het eerst op het consultatiebureau, 7 jaar oud. April 1933 is de reactie van v. Pirquet voor het eerst positief. Sterft Juni 1934 aan miliair-tuberculose.

Kind D. Komt Maart 1931, oud 16 jaar, voor het eerst op het consultatiebureau. Heeft vroeger scrophuleuze ophthalmie en coxitis tuberculosa sinistra doorgemaakt. Thans verstijfd linker heupgewricht. Longen: primair complex links. Augustus 1934 dubbelzijdige, cirrotisch-induratieve longtuberculose.

Kind E. April 1931, oud 3 maanden, voor het eerst op het consultatiebureau. April 1934, zeer sterk positieve reactie van v. Pirquet. Hilus-kliertuberculose.

Kind F. Voor het eerst op het consultatiebureau April 1931, oud 4 jaar. Reactie van v. Pirquet negatief. Geen afwijkingen. Blijft onder contrôle. Wordt Augustus 1934 afgeschreven.

Kind G. April 1931, 2 jaar oud. Reactie van v. Pirquet negatief, welke April 1934 sterk positief wordt. Augustus 1934 heeft ze een uitgebreide longtuberculose van de rechter bovenkwab. Ze wordt van September 1934 tot December 1935 verpleegd in een sanatorium en wordt dan, hoewel het resultaat der behandeling onbevredigend is te noemen, wegens gebrek aan verplegingsgeld ontslagen. Het sputum is nog positief. Ze blijft onder geregelde contrôle. Het proces wordt rustig. Van Juli tot December 1939 bezoekt ze de openluchtschool. December 1939 wordt ze opgenomen in een ziekenhuis wegens buikklachten, welke in 1941 herkend worden als een gevolg van nier-tuberculose. Er volgt nephrectomia dextra. Mei 1943 versch infiltraat in rechterlongtop. November 1944 vrijwel zeker dat ook linker nier geïnfecteerd is.

De moeder heeft in Augustus 1934 een positieve reactie van v. Pirquet. Geen longafwijkingen.

September 1934 vertrekt het geheele gezin, op kosten van de Diaconie naar elders. De kerk heeft al zeer veel zorgen over dit gezin gehad, doch ook nu volgt geen verbetering.

Mei 1939 komt de geheele familie terug, omdat „ze het er niet kunnen uithouden”.

D. is inmiddels (in 1937) getrouwd en beide gezinnen huizen nu bij elkaar in een krotwoning. Op advies van de huisbezoekster gaat D. in Juni 1939 nogmaals naar het consultatiebureau. Het sputum is nu positief. Verder wordt bij hem een rechtzijdige tuberculeuze coxitis geconstateerd. In December 1938 wordt hij opgenomen in een sanatorium, doch houdt het hier slechts een jaar vol. De twee gezinnen wonen daarna afzonderlijk. D. heeft een gipsbed. Het sputum is positief. Hij overlijdt October 1942.

In Februari 1942 wordt het tweede kind geboren. Het krijgt B.C.G.-vaccin. Het oudste kind is Juni 1939 aan miliair-tuberculose gestorven, op den leeftijd van 3 maanden.

De echtgenoot is gezond.

Geval 44.

M. is 36 jaar oud, als hij wegens een chronischen hoest en opgeven van veel bloederige fluimen in Februari 1931 door zijn huisarts naar het consultatiebureau wordt verwezen.

Men vindt bij hem een dubbelzijdige, uitgebreide chronische long-tuberculose van cirrhotisch-productief en exsudatief karakter met verscheidene cavernen in beide bovenkwabben. Het sputum is positief.

Patiënt is schipper van beroep en heeft vijf jonge kinderen, waarvan de jongste één jaar oud is. Wegens onvoldoende huiselijke omstandigheden wordt getracht hem in een sanatorium te doen opnemen, hetgeen plaats vindt in April 1931.

Augustus 1931 vertrekt hij tegen advies wegens heimwee. Patiënt kuurt dan in een tent op het schip. Spoedig blijkt, dat hij onvoldoende rust en zich niet stoort aan de adviezen van den consultatiebureau-arts en de huisbezoekster. Zijn leefwijze wordt niet beter als het schip einde 1932 wordt verkocht en hij een huis gaat betrekken.

In de jaren, die nu volgen, blijft patiënt voortdurend positief sputum houden. Hij brengt af en toe eenigen tijd op bed door, dan weer voelt hij zich gezond en doet licht werk. Februari 1940 wordt genoteerd, dat hij vaart op een sleepboot. Later wordt hij colporteur van een uitgeverszaak, om daarna als verzekeringsagent en propagandist werkzaam te zijn. Mede door dit werk, dat contact met veel menschen meebrengt, is deze man een gevaarlijke besmettingsbron.

Patiënt zegt wel van goeden wille te zijn, maar meent, dat hij om financiële redenen niet kan rusten, daar hij geen uitkeering van den Raad van Arbeid en geen steun van het Burgerlijk Ambestuur krijgt. De overige gezinsleden, vrouw en vijf kinderen, hebben nooit het consultatiebureau bezocht.

Geval 45.

Mej. W. wordt in Februari 1944 naar het consultatiebureau gezonden wegens hoesten en vermoeidheid. De diagnose luidt: waarschijnlijk longtuberculose. Ze moet volledig kuren en krijgt maximum extra rantsoenen. Patiënte kuurt echter in het geheel niet.

Als ze drie maanden later terugkomt, luidt de diagnose: open exsudatieve longtuberculose. Advies: zoo streng mogelijk isoleeren.

Wederom stoort ze zich in het minst niet aan de adviezen. Ze werkt bij de weermacht en wil zelfs een zuigeling van haar dochter, die bij haar inwoont, niet uit huis laten gaan.

Van de vier kinderen komt alleen een dochter van 23 jaar voor contact-onderzoek. Deze is gezond.

Ook de vader komt niet op het consultatiebureau.

Geval 46.

V. wordt op 20-jarigen leeftijd, in October 1924, door zijn huisarts naar het consultatiebureau verwezen wegens hoesten en opgeven. Patiënt heeft, toen hij 11 jaar oud was, pleuritis gehad; op 17-jarigen leeftijd heeft hij drie maanden gekuurd.

Op het consultatiebureau vindt men een progrediënte, dubbelzijdige,

open longtuberculose. De prognose wordt infaust gesteld. Het advies luidt: volledig kuren; sputumprophylaxe. Patiënt rust evenwel slechts enkele uren per dag en blijft hoesten en opgeven.

Tot September 1925 komt hij vrij geregeld voor contrôle. Daarna zien wij hem pas terug in Juli 1927. Gedurende deze twee jaren heeft hij zelf zijn zaak (een kantoorboekhandel) gedreven en er voor gereisd. De laatste maanden is patiënt erg vermagerd en heeft veel gehoest en opgegeven. Ook daarna verliezen wij hem uit het oog tot Juli 1929, als de consultatiebureau-arts in consult wordt geroepen in een ziekenhuis, waar patiënt wordt behandeld wegens larynxtuberculose. Het longproces is bovendien achteruit gegaan.

Van October 1929 tot September 1930 wordt patiënt verpleegd in een sanatorium. Gedurende dezen tijd is het sputum steeds positief. Ook bij ontslag is dit nog het geval, doch de sanatorium-arts meent dat het proces in zijn rustige werkkring wel verder zal herstellen. Patiënt trouwt dan.

Mei 1931 is zijn algemeene toestand en het longproces achteruit gegaan. Daar van thuis kuren geen succes wordt verwacht, wordt weer sanatoriumopneming geadviseerd.

Van Augustus 1932 tot December 1932 wordt patiënt verpleegd in een sanatorium. Dan volgt ontslag wegens nervositeit. Een verzoek om voor contrôle op het consultatiebureau te komen, wordt niet ingewilligd.

In de winter van 1940 verschijnt hij naar aanleiding van een haemoptoë. De bevinding is dan: larynxtuberculose. Sputum positief. Advies: thuis geïsoleerd leven en volledig kuren. Ook deze keer blijft patiënt werken.

Contacten: de 18-jarige zuster van patiënt heeft in November 1924 hiluskliertuberculose.

De echtgenoot heeft in Januari 1931 een positieve reactie van v. Pirquet.

Het driejarig dochttertje komt Juni 1928 voor contactonderzoek en is gezond (v. Pirquet negatief).

Het zoontje heeft op 1-jarigen leeftijd (Maart 1944) hiluskliertuberculose.

Geval 47.

Mej. K. woont met haar man, landarbeider, en vier kinderen in een éénkamerwoning. Ze komt in Juni 1941 op het consultatiebureau met een uitgebreide exsudatieve, productieve, verkazende tuberculose van de rechterlong. Het sputum is positief. Sanatoriumopneming wordt aangeraden, doch patiënte weigert. Ze rust thuis voor de open ramen. Aanvankelijk gaat het goed, doch als het proces rustig gaat worden, werkt ze niet meer mee. Ze is dan den geheelen dag op de been en doet de huishouding. Van sputumprophylaxe komt niets terecht. Ze wordt voortdurend gewaarschuwd, doch als ze niet meer in staat is te werken, komt ze toch nog geregeld uit bed. Het sputum blijft positief. Eindelijk is ze bereid naar een sanatorium te gaan. Maart 1944 sterft ze, 14 dagen na de opneming.

Contactonderzoek wordt in 1941 geweigerd. Na het overlijden van de moeder komt het geheele gezin op het consultatiebureau. Het blijkt dan, dat drie van de vier kinderen geïnfecteerd zijn. De vader en het vierde kind zijn gezond.

Een zoon van 18 jaar heeft pleuritis exsudativa dextra, tuberculose van het rechter kniegewricht (met fistel) en een actief specifiek lymphoom aan den hals.

Een zoon van 17 jaar heeft hiluskliertuberculose.

Een dochter van 15 jaar heeft dubbelzijdige longtuberculose.

Geval 48.

J.K., landarbeider, oud 34 jaar, vader van zes kinderen, wordt door zijn huisarts in September 1942 naar het consultatiebureau gestuurd, omdat hij in Maart 1942 een pleuritis exsudativa heeft gekregen.

Men vindt op het consultatiebureau behalve een positieve reactie van v. Pirquet en positief sputum, een exsudatieve, productieve, verkazende tuberculose van de geheele rechterlong en een pleuritis adhaesiva dextra. De voorgeschreven volledige rustkuur, geïsoleerd in een lig-tent, stuit af op de onverschilligheid van den patiënt. Hij stoort zich niet aan enig advies. Ook komt hij zeer ongeregeld ter contrôle. Hij overlijdt November 1943.

Na den dood van den vader in Januari 1944 komt eindelijk het gezin voor contactonderzoek op het consultatiebureau. Van de zes kinderen, resp. 3, 5, 7, 10, 13 en 17 jaar oud, zijn er twee geïnfecteerd, n.l. een dochtertje van 13 jaar, dat een actieve hiluskliertuberculose en een tuberculeuze osteomyelitis van de linker tibia heeft, en een zoon van 17 jaar met pleuritis exsudativa.

Geval 49.

Het gezin W., bestaande uit man, vrouw en twee kinderen, komt September 1943 op het consultatiebureau voor contactonderzoek, naar aanleiding van een geval van open longtuberculose in de naaste familie.

De man, oud 68 jaar, heeft een negatieve reactie van v. Pirquet en geen longafwijkingen. December 1943 overlijdt hij evenwel, vermoedelijk aan een tuberculeuze meningitis.

De vrouw en de dochter vertoonen geen afwijkingen.

Een zoon van 22 jaar is debiel. Bij hem wordt de diagnose gesteld: pneumonisch proces, vermoedelijk van tuberculeuzen aard. Het sputum is negatief. Bij absolute bedrust gaat hij aanvankelijk vooruit. Volgens de bureu gedraagt hij zich vaak ongezeggelijk, gaat van bed en smeert met sputum.

Mei 1944 is het sputum positief en heeft hij longtuberculose, stadium N. Wegens plaatsgebrek kan patiënt niet in een inrichting opgenomen worden. Hij overlijdt in September 1944.

Geval 50.

In het gezin W. sterft in Mei een kindje van zes maanden aan meningitis. Naar aanleiding hiervan wordt het gezin voor contactonderzoek opgeroepen.

De moeder, oud 23 jaar, blijkt dubbelzijdige, exsudatieve, caverneuze longtuberculose te hebben. Het sputum is positief.

De vader, oud 27 jaar, landarbeider, heeft een lichte pleuritis.

Een dochtertje van 5 jaar hoest sinds enkele maanden. Bij haar wordt

een dubbelzijdige hiluskliertuberculose met uitgebreide perihilaire infiltraten gevonden.

Een zoontje van 4 jaar hoest sinds drie maanden en heeft een actief primair complex in de rechter long. De kinderen komen niet voor contrôle terug.

Ofschoon deze familie nadrukkelijk het gevaar voor besmetting en de noodzakelijkheid van isolatie onder het oog wordt gebracht, vindt de huisbezoekster het bed van de moeder grenzend aan dat van de kinderen, terwijl de sputumpot op een plank aan het voeten-eind van het kinderbed is geplaatst.

Het gezin woont in bij de moeder van de vrouw. In het huis, hoewel ruim, met voldoende licht en ventilatiemogelijkheid, is alle hygiëne zoek.

De grootmoeder, volgens de huisbezoekster, „te vies om met de tang aan te pakken” is vroolijk en opgewekt en gelooft niet aan den ernst van de ziekte harer dochter.

Van het kuren der kinderen komt niets terecht.

Geval 51.

L., oud 60 jaar, vader van zeven kinderen, van beroep café- en garagehouder, wordt Maart 1939 door den huisarts naar het consultatiebureau gezonden, omdat hij na griep blijft hoesten en vermagert. Hij heeft in 1911 en in 1918 een haemoptoë gehad en daarna telkens een jaar gekuurd.

De algemeene toestand is slecht. Patiënt heeft een chronische dubbelzijdige tuberculose der bovenkwabben met cavernen. Hoewel het sputum negatief is, moet hij toch als besmettelijk worden beschouwd. Het advies luidt: volledig en streng kuren in ligtent, geïsoleerd van de kinderen.

Een verzoek om bij de overige gezinsleden contactonderzoek te verrichten, wordt niet ingewilligd.

Patiënt komt geregeld ter contrôle tot eind 1939. Spoedig blijkt, dat isolatie niet plaats vindt; de kleinkinderen bezoeken hem geregeld en patiënt wandelt met hen. Deze roekelooze leefwijze komt waarschijn-

lijk voort uit de vrees, dat bekendheid met zijn ziekte het bedrijf zal schaden. Ook laat de zindelijkheid in het gezin te wenschen over.

In Februari 1943 zien we patiënt weer op het consultatiebureau terug, omdat hij den laatsten tijd vermagerd is, hoest en weer opgeeft. Er is een duidelijke exacerbatie van het oude proces.

In September 1943 is het sputum positief; in Maart 1944 krijgt patiënt weer een haemoptoë. Ook in deze bij uitstek besmettelijke periode verandert patiënt zijn leefwijze niet.

Van de kinderen komt alleen een zoon en diens vrouw op het consultatiebureau. Beiden hebben geen afwijkingen.

Geval 52.

Januari 1938 komt op het consultatiebureau W., oud 20 jaar, landarbeider van beroep. Hij wordt gestuurd door zijn huisarts, omdat hij al langen tijd hoest en de laatste weken bloederige sputa opgeeft. De diagnose luidt: gedissemineerde, exsudatieve tuberculose van de rechter long met bronchogene uitzaaiing rechts en links. Het sputum is positief. Het advies luidt: streng kuren, isoleeren.

Van Februari 1938 tot Februari 1939 wordt patiënt in een sanatorium verpleegd en veel verbeterd ontslagen. Hij mag dan lichten arbeid verrichten. Huisarts, zoowel als consultatiebureauarts, klagen evenwel over het slechte kuren van patiënt. Juni 1939 worden op de X-foto rechts groote cavernen gevonden. Het sputum is negatief.

Van Juli 1939 tot September 1943 wordt hij weer in een sanatorium verpleegd. Hier wordt eerst een pneumothorax rechts aangelegd en als de cavernen niet verdwijnen, wordt een plastiekoperatie geadviseerd. Patiënt weigert verder actief ingrijpen en geeft te kennen, dat hij verder thuis wil kuren. Patiënt rust thuis weer onvoldoende; zijn toestand gaat achteruit.

Februari 1938 komen de ouders en vijf kinderen voor contactonderzoek. Allen zijn gezond. De jongste (9 jaar) heeft in April 1940 hiluskliertuberculose.

Maart 1939 komt een andere broer, oud 19 jaar, op het consultatiebureau, omdat hij den laatsten tijd hoest. Hij heeft een versch exsu-

datief infiltraat in de rechter bovenkwab, met positief sputum. Hij wordt van Juni 1939 tot April 1940 in een sanatorium verpleegd en moet dan thuis nakuren in de ligtent. October 1943 treedt plotseling een recidief op met een groote caverne rechts onder. Het sputum is opnieuw positief. Ook deze jongen leeft niet volgens afspraak, verlaat geregeld de tent en wordt zelfs op straat gezien. Hij loopt naar de burens en brengt zodoende in twee gezinnen een infectie teweeg, n.l. bij:

1. Mej. R., 33 jaar, moeder van drie kinderen. Ze heeft in Mei 1943 erythema nodosum gehad, maakt in het najaar van 1943 een pleuritis exsudativa door en komt Januari 1944 voor onderzoek. Ze heeft dan een lichte tuberculose van de rechter bovenkwab. Het sputum is negatief.

2. Mej. V., 40 jaar, moeder van twee kinderen. Ze komt Maart 1944 met erythema nodosum op het consultatiebureau. Bovendien vertoont de rechterlongtop enkele tuberculeuze haarden.

De overige gezinsleden zijn gezond.

Geval 53.

In het landarbeidersgezin T. krijgt de moeder in October 1942 open longtuberculose.

Haar twee kinderen, resp. 3 jaar en 10 maanden oud, komen voor contactonderzoek. Ze hebben beide een negatieve reactie van v. Pirquet.

Mei 1944 hebben ze, benevens een broertje van één jaar oud, hilus-kiertuberculose met uitgebreide perihilaire infiltraten. De jongste heeft bovendien tuberkelbacillen in het maagsap.

Het gezin is niet genegen mee te werken. Men kuurt slecht en houdt zich niet aan de voorschriften.

Een zuster van de moeder doet sinds de winter 1943 de huishouding. Mei 1944 komt ze op het consultatiebureau. Ze heeft den geheelen winter gehoest en blijkt een caverneuze longtuberculose met positief sputum te hebben; bovendien is ze twee maanden gravida. Er wordt abortus provocatus bij haar opgewekt.

De situatie in het gezin is nu, dat de vrouw, de zuster en de drie kinderen moeten kuren. Verder telt het gezin nog de man en de nieuwe hulp in de huishouding. De woonruimte bestaat uit een woonkamer en drie slaapkamertjes.

Ook het kuren van de ongetrouwde zuster loopt op niets uit. Ze wordt zelfs 's avonds laat op straat gezien.

Geval 54.

Het gezin S. heeft in het geheel twee en twintig kinderen geteld. Als het consultatiebureau met deze familie kennis maakt, zijn er reeds 13 overleden, waarvan eenige aan longtuberculose.

In dit volkomen asociaal gezin hebben achtereenvolgens 5 sterfgevallen aan open longtuberculose plaats. De man, waarschijnlijk de bron, heeft een oude chronische longtuberculose. Geen der gezinsleden volgt de raadgevingen van kuren en sputumprophylaxe op. In dit gezin, waar alle hygiëne zoek is, is kuren trouwens een vrijwel onmogelijke zaak. Contactonderzoek, wanneer weer een nieuw slachtoffer zich gemeld heeft, vindt zelden plaats.

De eerste uit het gezin, die op het consultatiebureau komt, in October 1926, is een 19-jarige dochter. Ze is reeds meer dan een jaar ziek en heeft een dubbelzijdige caverneuze phthisis. In December 1927 overlijdt ze, zonder voor contrôle terug te zijn geweest.

In November 1926 komt een 12-jarig dochttertje met hiluskliertuberculose. Ze kuurt niet en slaapt bij den vader in de bedstee. Ze komt niet voor contrôle terug. In November 1939, als ze getrouwd is, komt ze terug wegens het opgeven van bloed. Ze blijft daarna wel onder contrôle. Haar echtgenoot maakt in 1944 een pleuritis sicca door. Haar kinderen zijn gezond.

April 1927 komen een 24-jarige zoon en een 22-jarige dochter. Beiden hebben een haemoptoë gehad en beiden hebben een dubbelzijdige destructieve open longtuberculose. Geen van de twee kuurt. De dochter wandelt 's avonds geregeld op straat. Ze overlijden resp. Januari 1929 en September 1928.

Een ander dochttertje is 8 jaar oud als ze in Juli 1927 voor contact-

onderzoek komt. Ze heeft in de rechter hilus een verkalkt primair complex. Ze blijft onder contrôle tot Juli 1935 en wordt dan afgeschreven. In November 1939, als ze getrouwd is en 3 kinderen heeft, komt ze terug, omdat ze tweemaal een haemoptoe heeft gehad. Ze heeft dan positief sputum en een exsudatieve tuberculose van de linkerbovenkwab. Het advies luidt: volledig kuren, geïsoleerd van de kinderen. Van kuren komt niets terecht. Ze wordt van Januari tot April 1940 verpleegd in een sanatorium en wordt dan op eigen verzoek wegens heimwee ontslagen. Ze gaat steeds achteruit en wordt in dezen toestand voor de vierde maal gravida. In Mei 1943 wordt ze nogmaals in een sanatorium opgenomen, waar ze dezelfde maand overlijdt.

In Juli 1940, komen haar drie onverzorgde, slecht uitziende kinderen voor contactonderzoek.

Een meisje van 4 jaar, heeft een negatieve reactie van v. Pirquet en geen longafwijkingen. Ze blijft onder contrôle en heeft April 1941 hiluskliertuberculose. Van kuren thuis komt niets terecht. Ze wordt van Augustus 1941 tot April 1942 in een sanatorium verpleegd. Bij ontslag is het proces rustig. In Februari 1943 evenwel is er opnieuw een uitbreiding van het oude proces.

Een meisje van 3 jaar heeft hiluskliertuberculose. Ze kuurt niet en gaat achteruit. Augustus 1941 wordt ze in een sanatorium opgenomen.

Een meisje van één jaar heeft alleen een positieve reactie van v. Pirquet. In April 1941 heeft ze hiluskliertuberculose. Van Augustus 1941 tot Februari 1944 wordt ze in een sanatorium verpleegd. Ze wordt hersteld ontslagen.

De echtgenoot komt niet voor December 1943 voor contactonderzoek. Hij heeft dan een exsudatieve longtuberculose van geringen omvang, die in den loop van 1944 geneest.

Het jongste kind krijgt B.C.G.-vaccin en blijft gezond.

Als inmiddels drie kinderen overleden zijn, komt eindelijk in Mei 1929 de vader voor contactonderzoek. Hij hoest, geeft sinds jaren op en heeft een chronische cirrhotisch-induratieve longtuberculose, beiderzijds met bronchiëctasieën en emphyseem. Sputum wordt, hoewel herhaaldelijk opgevraagd, nooit gezonden. Isolatie van den patiënt is niet mogelijk. Hij komt ongeregeld voor contrôle.

Een zoon van 14 jaar komt Maart 1930 op het consultatiebureau met heupklachten. Hij heeft een positieve reactie van v. Pirquet, verder geen afwijkingen. Februari 1939 geeft hij bloed op en heeft dan een uitgebreide, dubbelzijdige, exsudatieve, open longtuberculose. Hij neemt zich niet in acht voor zichzelf en zijn omgeving en overlijdt November 1940.

In Mei 1933 komt een zoon van 23 jaar op het consultatiebureau. Deze is reeds een jaar ziek en blijkt een dubbelzijdige caverneuze longtuberculose te hebben. Hij overlijdt Januari 1934.

De moeder heeft in Juli 1944 een longtuberculose van niet zeer recenten datum.

Geval 55.

M., kruidenier-bakker, vader van zeven kinderen, komt Juni 1933 voor het eerst op het consultatiebureau. Hij is dan 40 jaar oud, hoest sedert twee jaar en heeft twee weken geleden een haemoptoe gehad.

Patiënt blijkt een oude, cirrhotische, verkalkte tuberculose van beide longen te hebben. Het sputum is positief. Geadviseerd wordt: lichte arbeid, sputumprophylaxe.

Daar patiënt geen bekendheid aan zijn ziekte wil geven terwille van zijn zaak, wordt de sputumprophylaxe verwaarloosd. In Maart 1936 is patiënt in zooverre hersteld, dat hij kan worden afgeschreven. In April 1942 is er een exacerbatie van het proces in de linker long. Het sputum is dan weer positief. Het advies luidt thans: volledig kuren. Patiënt wil echter den ernst van zijn toestand niet inzien. Hij kuurt niet volgens de voorschriften en tracht alles, wat bij zijn omgeving de gedachte aan tuberculose kan opwekken, tegen te gaan. Zoo wil hij bv. geen sputumflacon gebruiken en wil hij de huisbezoekster niet ontvangen. Zijn toestand gaat achteruit en patiënt overlijdt in Juni 1943.

Van de gezinsleden wordt November 1942 een zoon van 19 jaar ziek. Behalve de resten van een pleuritis bestaat er bij hem een gedissemineerde tuberculose van de rechter boven- en middenkwab. Vanaf

Maart 1943 tot September 1944 verblijft hij in een sanatorium en wordt dan in goeden toestand met een kunstmatige pneumothorax ontslagen.

Een zoon van 24 jaar wordt in Januari 1943 ziek. Hij blijkt longtuberculose stadium M te hebben. Patiënt kuurt volledig en gaat goed vooruit. In November zijn de afwijkingen inactief. Zijn vrouw en zijn kind van 3 maanden zijn gezond.

Contactonderzoek van 3 andere kinderen en van de moeder vindt plaats Februari 1943.

Een jongen van 12 jaar heeft een positieve reactie van v. Pirquet en 3 maanden later hiluskliertuberculose.

Een zoontje van 9 jaar heeft een positieve reactie van v. Pirquet en een genezen interlobaire pleuritis.

Een zoon van 16 jaar heeft een positieve reactie van v. Pirquet met voortdurend te hooge bezinking. Hij blijft onder contrôle.

De moeder heeft een submandibulair lymphoom, dat met röntgenbestraling geneest.

De overige kinderen komen niet op het consultatiebureau.

Geval 56.

W., oud 13 jaar, heeft in den herfst van 1943 een uitgebreide pleuritis exsudativa doorgemaakt. Hij wordt November 1943 naar het consultatiebureau verwezen. Men vindt dan een dubbelzijdige longtuberculose met pleuritis sinistra. Het sputum is positief. Patiënt verkeert in goede huiselijke omstandigheden.

De moeder geeft deze imbeciele jongen te veel toe en laat hem te veel in den huiselijken kring, zoodat de sputumprophylaxe niet in acht kan worden genomen.

In November 1943 komt ook een 30-jarige zuster; ze zou een haemoptoë hebben gehad. Het staat evenwel niet vast, dat de afwijkingen, die ze heeft, van tuberculeuzen aard zijn.

Geval 57.

K., gehuwd, vader van vier kinderen, is 47 jaar oud, als hij in Juni 1936 naar het consultatiebureau gezonden wordt wegens hoesten en opgeven.

De moeder en een zuster zijn gestorven aan longtuberculose; een van zijn kinderen is op 5-jarigen leeftijd aan meningitis overleden.

Patiënt blijkt te hebben een uitgebreide, exsudatieve, verkazende tuberculose van de rechter long, in mindere mate van de linker bovenkwab. Het sputum is positief. De algemeene toestand is slecht. Het advies luidt: volledige rust in een ligtent.

Het gezin leeft zeer slordig en onhygiënisch. Van stelselmatig kuren komt niets terecht. Patiënt brengt evenveel tijd door in huis als in zijn tent, ondanks de herhaalde waarschuwingen van den consultatiebureauarts en van de huisbezoekster. In het najaar van 1936 wordt de algemeene toestand beter, terwijl het longproces neigingen tot bindweefselvorming vertoont. Vanaf begin 1938 is het sputum negatief. In April 1940 kan het proces als inactief beschouwd worden en wordt patiënt afgeschreven. Begin 1943 treedt exacerbatie op van het oude proces met als gevolg een nieuwe caverne in de rechter long. Het sputum is weer positief.

Opnieuw moet volledig worden gekuurd, doch patiënt zet zijn oude leefwijze voort. In October 1944 schrijft de wijkzuster aan den consultatiebureauarts, dat er van sputumprophylaxe, ondanks de extra huisbezoeken, niets terecht komt. Patiënt is bv. geregeld in nauw contact met zijn kind van 8 maanden. Hij verricht bovendien bodediensten en komt in veel gezinnen. Op de vraag van de huisbezoekster, of dit niet verboden kan worden, antwoordt de consultatiebureauarts, dat er in Nederland geen wet is, die deze zieken kan dwingen tot isolatie.

Contactonderzoek van de vrouw en twee kinderen van 15 en 5 jaar oud vindt plaats in Juli 1936.

De vrouw en de oudste jongen zijn gezond. De jongste is geïnfecteerd zonder ziek te zijn.

De overige kinderen komen niet voor contactonderzoek.

Geval 58.

B., landarbeider, komt in Maart 1944 op het consultatiebureau en heeft dan een exsudatieve, dubbelzijdige longtuberculose met positief sputum. Patiënt ziet den ernst van zijn ziekte niet in. Zijn dochtertje van 4 jaar komt geregeld bij hem aan het bed. De burens klagen over de slechte verzorging van het sputum, dat in een kuil van den tuin wordt gedeponneerd.

De toestand gaat voortdurend achteruit. Ten slotte wijst de man de zuster de deur, omdat deze hem behandelt „alsof hij besmettelijk is”. Patiënt overlijdt October 1944.

In April 1944 komen zijn vrouw en zijn dochtertje voor contact-onderzoek.

De vrouw is gezond. Het dochtertje heeft een uitgebreide, exsudatieve longtuberculose.

Geval 59.

In het gezin Z., bestaande uit man, vrouw en negen kinderen, heeft een zoon open longtuberculose.

In Augustus 1940 blijkt hij contactonderzoek, dat twee broers en een zuster geïnfecteerd zijn. De broers komen de infectie te boven.

De zuster wordt van Juni 1941 tot Maart 1942 in een sanatorium verpleegd en genezen ontslagen. Zij blijft onder contrôle. Zomer 1943 blijkt ze gravida te zijn.

In October, 3 weken na de bevalling, is er een exacerbatie van het vroegere proces. Het sputum is positief.

Ze wil dan niet weer in een sanatorium worden opgenomen en neemt met het kind haar intrek bij haar schoonouders. In dit gezin zijn behalve haar man en zijn ouders, twee kinderen thuis en plaats om te kuren is er niet. Bovendien is men zeer onvoorzichtig en onverschillig ten opzichte van de ziekte.

Het kind sterft als het 5 maanden oud is, aan meningitis tuberculosa.

In Maart 1944 dringt de consultatiebureau-arts erop aan, dat ze bij

haar ouders, waar nog een tent aanwezig is, gaat kuren. Patiënte weigert. October 1944 overlijdt ze.

Het gezin van haar schoonouders komt in Januari 1944 voor contact-onderzoek. Het blijkt, dat de twee kinderen resp. 15 en 20 jaar oud, acute hilusklertuberculose hebben.

Geval 60.

G. komt uit een zeer slordig en asociaal gezin. Hij is 21 jaar oud, als hij in April 1940 voor den militairen dienst wordt afgekeurd en verwezen wordt naar het consultatiebureau.

Men vindt hier een exsudatieve, verweekende, rechtszijdige longtuberculose. Het sputum is positief.

Patiënt wordt van Juni 1940 tot October 1941 krachtens art. 99 der I.W. in een sanatorium verpleegd. Hij moet dan wegens wangedrag worden ontslagen. Hoewel zijn toestand is vooruitgegaan en hij lichten arbeid mag verrichten, blijkt bij contrôle, dat hij de voorgeschreven maatregelen in den wind slaat.

In Juni 1942 is het longproces achteruitgegaan. Het sputum is weer positief. Nu wordt absolute bedrust voorgeschreven. Dit advies wordt volkomen genegeerd.

In Juli 1943 wordt hij voor de tweede maal opgenomen, doch in April 1944 vertrekt hij eigenmachtig uit het sanatorium.

Een zuster van 14 jaar wordt Mei 1940 gezonden voor contactonderzoek. Ze heeft een rechtszijdige longtuberculose, met positief sputum. Ook voor haar is sanatoriumopneming dringend noodzakelijk.

Van Juli 1940 tot April 1941 wordt ze in een sanatorium verpleegd. Daarna leeft ze thuis even onhygiënisch en slordig als voorheen. Ze slaapt met haar moeder en een broertje van 9 jaar in één bed. Voor sputumprophylaxe zijn zij en haar familie niet te vinden. April 1944 heeft ze opnieuw positief sputum en een ernstige exsudatieve, open longtuberculose.

Een andere zuster, die ook nauw contact met den broer heeft gehad, is gezond, evenals haar man.

Een tweede broer komt in Januari 1941 op het consultatiebureau

wegens een pas doorgemaakte tuberculeuze pleuritis. Bij contrôle blijkt het goed te gaan, doch na Juni 1942 verschijnt hij niet weer. Van de overige gezinsleden (het gezin heeft in 't geheel 16 kinderen geteld) komt geen voor onderzoek.

Geval 61.

H.C., van beroep dienstmeisje, is 20 jaar oud, als ze Februari 1942 een haemoptoë krijgt. Ze wordt in een ziekenhuis opgenomen en blijkt een uitgebreide, exsudatieve, verweekende tuberculose van de linker long met cavernevorming te hebben. Rechts zijn er vele kleine, excudatieve haardjes en bronchogene uitzaaiingen. Het sputum is positief.

Na ontslag in April 1942 wordt ze door den consultatiebureauarts in de ligtent thuis onderzocht. Ook dan luidt de diagnose: zeer ernstig proces met dubieuze prognose.

Ze overlijdt Juni 1944, na korten tijd vóór haar dood nog in een inrichting te zijn opgenomen. Plaatsgebrek was oorzaak, dat dit niet eerder kon geschieden.

Het gezin C., bestaande uit man, vrouw en 8 kinderen, leeft zeer onhygiënisch en slordig. Men wil den ernst van de ziekte niet inzien. Na herhaald aandringen komen enkele der gezinsleden in Maart 1942 voor contactonderzoek.

1. De moeder, oud 53 jaar, heeft een negatieve reactie van v. Pirquet en geen longafwijkingen. Ze overlijdt in Februari 1944 aan phthisis galoppans.

2. Bij een broer, oud 20 jaar, is de reactie van v. Pirquet negatief. December 1943 wordt hij opnieuw gestuurd, omdat hij sinds eenige weken hoest. Hij heeft dan open longtuberculose. Advies: isoleeren. Geen contact met jeugdige volwassenen en kinderen. In Januari 1944 wordt hij in een sanatorium opgenomen. In Maart 1944 hebben zijn verloofde en haar moeder een versche longtuberculose.

3. Een broer, oud 14 jaar, heeft een negatieve reactie van v. Pirquet en geen afwijkingen. December 1943 wordt hij gestuurd, omdat hij bij zijn open-tuberculeuzen broer slaapt. De reactie van v. Pirquet is

nu positief. Bij voortdurende contrôle en geregelde leefwijze blijkt het goed te gaan.

4. De vader, oud 58 jaar, komt pas December 1943. Hij blijkt röntgenologisch lichte longafwijkingen te hebben.

Eenige weken na het overlijden van H.C. komen op het consultatiebureau 8 leden van het gezin B., bureu van de familie C. De vrouw is 5 maanden gravida (voor de 13de keer) en heeft den geheelen winter gehoest. Ze is veel in contact geweest met H.C.

Ze blijkt een exsudatieve, verkazende, caverneuze longtuberculose te hebben. Het proces is zeer ernstig, zooals zelden wordt gezien bij een eerste bezoek aan het consultatiebureau. Prognose infaust op korten termijn. Ze overlijdt November 1944.

Verder komen voor onderzoek de man en 6 kinderen.

Van deze is een 14-jarige dochter lijdende aan een exsudatieve longtuberculose. Ze is waarschijnlijk rechtstreeks door H.C. besmet. Ze wordt opgenomen in een sanatorium.

Ook het gezin B. is zeer slordig. Volgens den huisarts zijn hygiënische maatregelen hier niet bij te brengen begrippen.

Geval 62.

Mej. C., oud 32 jaar, moeder van vijf kinderen, waarvan twee vermoedelijk overleden aan tuberculeuze meningitis, wordt in Juni 1928 door den huisarts naar het consultatiebureau gezonden wegens hoesten en opgeven. Ze blijkt dubbelzijdige longtuberculose, stadium M, te hebben, met positief sputum.

Advies: sanatoriumopneming of kuren in een ligtent thuis.

Patiënte (psychopaath) kuurt aanvankelijk thuis, doch verlaat al spoedig de tent en rust dan slechts gedeeltelijk. Ze neemt zich tegenover haar gezin niet in acht en begrijpt den huisarts en de huisbezoekster verkeerd of wil deze niet begrippen.

Van Mei tot October 1929 wordt ze in een psychiatrische inrichting opgenomen. Het sputum is na ontslag nog steeds positief. Februari 1931 krijgt ze haar zesde kind, dat met B.C.G.-vaccin wordt behandeld.

November 1931 volgt weer sanatoriumopneming. In Juli 1932 verlaat ze de inrichting tegen advies met positief sputum; een jaar later overlijdt ze.

Januari 1929 wordt een dochter van 11 jaar door den huisarts naar het consultatiebureau gestuurd. Ze heeft October 1928 pleuritis gehad en daarna temperatuursverhoging gehouden. Ze blijkt een dubbelzijdige longtuberculose, stadium L, te hebben.

Van Maart tot Augustus 1929 volgt verpleging in een kindersanatorium. Bij geregelde contrôle gaat het goed. Na Juli 1935 komt ze niet meer op het consultatiebureau.

November 1937 wordt ze met een tuberculositis peritonei in een ziekenhuis opgenomen, waar ze dezelfde maand overlijdt.

De twee andere kinderen worden Februari 1929 opgeroepen voor contactonderzoek.

Een zoontje van 4 jaar heeft dan een positieve reactie van v. Pirquet. In 1933 wordt hij een half jaar in een kindersanatorium verpleegd voor tuberculeuze pleuritis. In Mei 1943 heeft hij een infiltraat van de rechter long.

Een meisje van 7 jaar heeft een positieve reactie van v. Pirquet en geen longafwijkingen.

Het jongste kind, geboren 1931, blijft onder geregelde contrôle en blijft gezond.

De vader komt niet voor contactonderzoek.

Geval 63.

Mej. D., oud 43 jaar, moeder van zeven kinderen, is Januari 1932 gaan hoesten en opgeven. In Augustus, als ze een haemoptoë krijgt, raadpleegt ze voor het eerst den huisarts. In November geeft ze weer bloed op.

Januari 1933 komt ze op het consultatiebureau, waar de diagnose wordt gesteld: tuberculositis pulmonum, stadium M, sputum positief. Complicatie: darmtuberculose.

Patiënte kuurt onvoldoende. Van October 1933 tot Mei 1934 wordt

ze in een ziekenhuis opgenomen voor pneumothoraxbehandeling. Het sputum blijft positief. Ze overlijdt in October 1937.

Slechts twee van haar kinderen, 17 en 18 jaar oud, komen in Februari 1933 voor contactonderzoek. Het jongste heeft een positieve reactie van v. Pirquet. Ze komen niet voor contrôle terug.

In Juli 1942 komt de zoon B., oud 28 jaar, omdat hij sinds eenige weken hoest en opgeeft. Hij heeft longtuberculose, stadium M, met positief sputum. Deze zoon slaat het advies van het consultatiebureau geheel in den wind en kuurt niet.

Zijn stiefmoeder, die niet voor onderzoek op het consultatiebureau wil komen, heeft zomer 1942 erythema nodosum. Ook twee kinderen van deze vrouw worden door genoemden zoon geïnfecteerd. In Mei 1943 hebben beiden nog een negatieve reactie van v. Pirquet. Het oudste, oud 13 jaar, heeft in November 1943 hiluskliertuberculose, het jongste, oud 8 jaar, heeft erythema nodosum, benevens longtuberculose, stadium L. Bij het jongste broertje van B., oud 12 jaar, is in November 1943 de reactie van v. Pirquet ook positief geworden.

De overige leden van het gezin zijn naar aanleiding van de ziekte van B. niet voor contactonderzoek geweest.

Geval 64.

Mej. L., oud 45 jaar, wordt October 1942, na een haemoptoë, in een ziekenhuis opgenomen. Hier wordt een pneumothoraxbehandeling toegepast. Juni 1942 wordt ze ontslagen met het advies: kuren in lichttent. Patiënte is geestelijk debiel, kuurt niet en neemt geen prophylactische maatregelen.

Begin 1943 wordt ze door het consultatiebureau voor onderzoek opgeroepen. Het proces is dan rustig. Patiënte komt daarna niet terug.

In April 1944 constateert de huisarts dubbelzijdige longtuberculose met positief sputum. Ze overlijdt najaar 1944.

In Juli 1942 wordt het gezin, dat tien kinderen telt, voor contactonderzoek opgeroepen. Er verschijnen vijf kinderen, varierende in leeftijd van 7 tot 20 jaar. Allen hebben een positieve reactie van v. Pirquet,

doch geen duidelijke afwijkingen. December 1944 komt de oudste van deze vijf met een longafwijking op het consultatiebureau.

Bovengenoemde vrouw is waarschijnlijk de oorzaak van enkele infecties met tuberculose bij buurkinderen. Het betreft hier een kind van 9 jaar, dat April 1944 een dubbelzijdige hiluskliertuberculose heeft, een kind van 7 jaar, dat aan miliartuberculose overlijdt en een kind van onbekenden leeftijd, dat in dien zelfden tijd sterft aan meningitis tuberculosa.

Geval 65.

Mej. K., oud 23 jaar, moeder van twee kinderen, komt Juni 1943 op het consultatiebureau, omdat ze langer dan een half jaar hoest. Haar moeder is einde 1937 gestorven aan longtuberculose.

Gezinsonderzoek, (7 kinderen) werd destijds geweigerd.

Er blijkt een dubbelzijdige longtuberculose, stadium M, met positief sputum te bestaan.

Haar beide kinderen van 2 en 1 jaar zijn geïnfecteerd. Het oudste heeft een hiluskliertuberculose met uitzaaiing in de linker long. Het jongste heeft een positieve reactie van v. Pirquet.

Geval 66.

Het gezin B. bestaat uit man, vrouw en zes kinderen. Betreffende de vrouw schrijft de huisarts in September 1930 aan den consultatiebureauarts, dat zij reeds eenige jaren lijdende is aan open longtuberculose, niet wil kuren, noch het consultatiebureau wil bezoeken.

Juli 1930 komt een 14-jarige zoon op het consultatiebureau. Hij heeft een jaar geleden pleuritis gehad, is daarna nooit weer goed gezond geweest. Hij hoest en geeft sinds een half jaar op en gaat geregeld naar school. Patiënt slaapt bij twee andere broers van 8 en van 16 jaar. De diagnose luidt: uitgebreide, dubbelzijdige, overwegend productieve longtuberculose, met groote caverne rechts boven, stadium M, sputum positief.

Nog in dezelfde maand wordt hij in een ziekenhuis opgenomen. In Juni 1931 wordt hij echter door de ouders teruggehaald. In Maart

1931 was het sputum nog positief. Bij zijn terugkomst uit het ziekenhuis komt hij niet meer op het consultatiebureau. Hij kuurt niet meer en vent zelfs met de groentekar.

In Januari 1934 zendt de huisarts hem opnieuw vanwege het besmettingsgevaar, dat hij voor zijn huisgenooten oplevert. Het sputum is dan nog positief; het longproces is vrijwel stationnair gebleven. Maart 1934 wordt hij opgenomen in een sanatorium. October 1934 wordt hij op eigen verzoek in ernstigen toestand ontslagen. Hij overlijdt December 1934.

Het eenige gezinslid, dat in Juli 1930 voor contactonderzoek komt, is een 8-jarige zoon. Hij heeft een hiluskliertuberculose met lichte veranderingen in de beide bovenkwabben. Na November 1930 ziet men hem niet op het consultatiebureau terug.

Een dochter van 20 jaar, dienstbode, wordt September 1935 naar het consultatiebureau gestuurd wegens moeheid en pijn in den rug. De diagnose luidt: dubbelzijdige, matig uitgebreide, productief-exsudatieve tuberculose, stadium M. Advies: sanatoriumverpleging. Ze wil niet opgenomen worden. Ze kuurt twee jaar lang onvoldoende. Februari 1937 stuurt de huisarts haar, omdat hij positief sputum heeft gevonden. Het advies luidt nu: streng kuren. Ook hiervan komt niets terecht. Pinksteren 1937 wordt ze zelfs op een vergadering van jonge meisjes in Utrecht gezien. In September 1938 stemt ze eindelijk in sanatoriumopneming toe. Ze krijgt een pneumothoraxbehandeling. Sinds Februari 1940 is het sputum negatief. In Januari 1941 verlaat ze het sanatorium tegen advies; in November 1942 krijgt ze een rechute. Het sputum is weer positief. Ze kuurt daarna goed.

Een dochter van 16 jaar wordt September 1941 door den huisarts gezonden, omdat ze sinds Juni 1941 hoest en opgeeft. De bevinding luidt: over de geheele long een dicht tuberculeus proces. Sputum zeer sterk positief. In Maart 1942 wordt ze opgenomen in een sanatorium. Hier vindt men bovendien colitis en laryngitis tuberculosa. In Juni 1942 wordt ze wegens heimwee door de ouders naar huis gehaald. Februari 1944 overlijdt ze. Ze is dus nog ruim 1½ jaar een besmettingsbron in het gezin geweest.

In dit uitgesproken asociale gezin, waarin domheid en onverschillig-

heid op den voorgrond staan, infecteert de moeder dus achtereenvolgens minstens vier van haar zes kinderen. Contactonderzoek wordt, behoudens bij één kind, niet toegestaan. Bij drie kinderen is de ziekte reeds in een vergevorderd stadium, als ze voor het eerst het consultatiebureau bezoeken.

De man en de twee overige kinderen zijn nooit voor onderzoek op het consultatiebureau geweest.

Geval 67.

Het gezin A. is lid van de zg. „Pinkstergemeente”, een godsdienstige secte, die afwijzend staat tegenover medische hulp.

De vrouw is vermoedelijk aan tuberculose overleden, zonder dat ooit een medicus is geraadpleegd.

Na lang aandringen van de plaatselijke huisbezoekster verschijnt de man in September 1942 op het consultatiebureau met drie van de acht kinderen, nl.:

Een meisje van 12 jaar, dat volgens den vader niet ziek is. Ze blijkt een dubbelzijdige longtuberculose, stadium M, te hebben met sterk positief sputum. De vader wil geen sanatoriumverpleging. Thuis wordt niet gekuurd. De hulp van een huisarts wordt niet ingeroepen. Januari 1943 wordt ze opgenomen in een ziekenhuis, waar ze 10 dagen later overlijdt.

Een jongen van 8 jaar met lymphkliertuberculose.

Een jongen van 6 jaar met als eenige afwijking een positieve reactie van v. Pirquet.

Verder zijn er twee zoons in een ziekenhuis opgenomen, de eene overlijdt in Februari, de andere in Mei 1943 aan tuberculose. Geen dezer twee jongens heeft zich aan eenigerlei medisch advies gestoord.

Geval 68.

Augustus 1926 wordt K., arbeider, vader van zes kinderen, door den huisarts naar het consultatiebureau gestuurd wegens longtuberculose met positief sputum. De diagnose aldaar luidt: longtuberculose, stadium M, sputum positief.

Geadviseerd wordt: kuren in tent of in sanatorium. Patiënt weigert het een zoowel als het ander en volgt geen enkel voorschrift op. Hij komt niet op het consultatiebureau terug voor Februari 1932, als hij vrouw en kind begeleidt. Hij weigert dan onderzoek van zichzelf.

In September 1935 overlijdt hij aan longtuberculose met als complicaties darm- en larynxtuberculose. Deze man is dus minstens 9 jaar een infectiebron voor zijn gezin geweest.

Zijn vrouw begint ongeveer in December 1930 te hoesten en op te geven. In Februari 1931 komt ze op het consultatiebureau met positief sputum. Ook zij weigert een röntgenfoto en komt niet weer terug. Ze overlijdt in Februari 1935.

Tegelijk met de moeder komt een dochtertje van twee jaar. Ze heeft een longtuberculose, stadium L, met als complicatie een tuberculeuze gonitis. Ze wordt gedurende eenige maanden in een ziekenhuis opgenomen voor gipsbehandeling, doch te vroeg door de ouders teruggehaald. Dan wordt geprobeerd de ouders uit de ouderlijke macht te ontzetten, hetgeen niet gelukt.

Na den dood van de ouders komen de kinderen voor gezinsonderzoek. Genoemd dochtertje heeft dan, behalve een verstijfd kniegewricht, geen afwijkingen. De overige kinderen blijken allen geïnficeerd te zijn. Drie hebben inactieve tuberculose, de oudste dochter heeft longtuberculose met positief sputum met als complicatie conjunctivitis phlyctaenulosa. Ze wordt met gunstig gevolg in een sanatorium verpleegd.

Alle kinderen blijven nu onder geregelde contrôle.

Een getrouwde zuster van den man wordt in 1935 gestuurd wegens longafwijkingen en een fistula ani. Ook zij wil niet naar een sanatorium, evenmin kuren in een tent. In Juli 1940 blijkt ze positief sputum te hebben. Ze heeft dan een kind van drie jaar aan de borst. Ze overlijdt in 1943.

Geval 69.

Het gezin B., lid van de „Pinkstergemeente”, bewoont met negen personen een éénkamerwoning.

De vrouw sterft Maart 1939, waarschijnlijk aan open longtuberculose. Kort daarop sterft een dochter, vermoedelijk ook aan tuberculose. Dit meisje is werkzaam geweest op een confectiefabriek en heeft hier verscheidene gevallen van erythema nodosum onder de arbeidsters teweeggebracht.

Men heeft, toen men haar als vermoedelijke oorzaak der besmetting beschouwde, getracht het gezin B. naar het consultatiebureau te zenden, hetgeen niet gelukte. Door bemiddeling van den Voogdijraad wordt dan een gezinsvoogd aangesteld en deze weet te bewerkstelligen, dat in Februari—Maart 1940 zes kinderen voor onderzoek komen.

Het blijkt dan, dat twee kinderen van 4 en 7 jaar hiluskliertuberculose hebben. Een jongen van 12 jaar heeft longtuberculose, stadium L. Bij een jongen van 10 jaar is alleen de reactie van v. Pirquet positief. Een dochter van 19 jaar heeft geen afwijkingen. Een andere dochter van 17 jaar, die September 1939 ziek is geworden, blijkt longtuberculose, stadium M, te hebben. Ook zij was werkzaam op bovengenoemde fabriek en zal waarschijnlijk evenals haar medearbeidsters door haar zuster geïnfecteerd zijn. Geadviseerd wordt sanatoriumopneming krachtens art. 99 der Invaliditeitswet. Zoowel vader als patiënte weigeren. Ze houdt thuis slechts gedeeltelijk bedrust.

Augustus 1940 is de toestand achteruitgaande; ze wordt dan in een ziekenhuis opgenomen. Het sputum is sterk positief. Ze overlijdt November 1940.

Geval 70.

K., schildersknecht, oud 42 jaar, wordt in November 1939 door den huisarts naar het consultatiebureau verwezen wegens een haemoptoë. Men vindt hier een dubbelzijdige longtuberculose, stadium M. Het sputum is positief.

Patiënt, een psychopaat, wil op grond van verwarde denkbeelden op godsdienstig terrein niet kuren en wil niet in een sanatorium opgenomen worden. Na Maart 1942 komt hij niet weer op het consultatiebureau. Tot op dezen datum is het sputum steeds positief geweest.

In November 1939 komen de vrouw en de drie kinderen, resp. oud 10, 6 en 2 jaar, voor contactonderzoek.

De vrouw is gezond.

Het oudste kind heeft kleine tuberculeuze haardjes in beide longen. Het tweede kind heeft linkszijdige hiluskliertuberculose met een dichte uitzaaiing in beide longen, terwijl het jongste kind dubbelzijdige hiluskliertuberculose heeft.

Na veel moeite gelukt het deze kinderen in een sanatorium opgenomen te krijgen. Als ze Mei 1940 worden teruggehaald, kan alleen het dreigen met ontzetting uit de ouderlijke macht de ouders ertoe brengen, ze weer te laten opnemen.

Geval 71.

Mej. S., 23 jaar oud, wordt in September 1933 naar het consultatiebureau gezonden. Ze is dan al eenige jaren ziek.

De bevinding van den consultatiebureauarts luidt: uitgebreide dubbelzijdige, productieve, exsudatieve tuberculose met positief sputum, stadium N. Advies: permanente rustkuur in ligtent.

Daar de huisvesting van het gezin zeer slecht is, worden slaapkamers aangebouwd. De vrouw, die den indruk maakt geestelijk debiel te zijn, neemt zich evenwel in het geheel niet in acht voor haar man en haar kind van twee jaar, kuurt niet en komt niet weer op het consultatiebureau terug. In 1936 krijgt ze haar tweede kind. In 1940 is er een exacerbatie van het oude proces. Patiënte overlijdt in 1943.

De gezinsleden zijn nooit voor contactonderzoek geweest.

Geval 72.

F., oud 25 jaar, getrouwd, vader van twee kinderen, 2 en 1 jaar oud, is klompmaker van beroep. Hij wordt in 1934 naar het consultatiebureau gezonden wegens hoesten en opgeven van bloederige sputa.

De diagnose luidt: dubbelzijdige longtuberculose met cavernevorming rechts en bronchiectasieën links. Het sputum is positief.

Geadviseerd wordt: sanatoriumverpleging. In Maart 1934 wordt hij opgenomen. In November 1934 verlaat hij het sanatorium tegen advies. De reden is niet duidelijk. Patiënt houdt er, volgens den directeur, een vreemde mentaliteit op na. De consultatiebureau-arts noemt hem een psychopaath.

De volgende jaren bezoekt patiënt wel geregeld het consultatiebureau voor contrôle, van kuren is echter geen sprake. Ook wordt nog eens een poging aangewend om patiënt in een plaatselijk ziekenhuis opgenomen te krijgen, hetgeen niet gelukt. De huisvesting is zeer slecht en de sputumprophylaxe wordt niet in acht genomen. Het proces blijft ongeveer stationnair. Herhaaldelijk geeft patiënt kleine hoeveelheden bloed op.

In Juli 1939 laat hij zich voor de tweede maal opnemen en Mei 1940 vertrekt hij wederom tegen advies, hoewel de directeur hem wijst op de groote verantwoordelijkheid, die hij op zich neemt in verband met zijn kinderen.

Januari 1941 wordt hij voor de derde maal opgenomen en Februari 1941 overlijdt hij.

Contactonderzoek van het gezin vindt in Februari 1934 plaats. De vrouw en de beide kinderen (geboren December 1932 en Juni 1931) hebben een negatieve reactie van v. Pirquet. Ze blijven onder geregelde contrôle en bij allen is de reactie in Januari 1937 positief geworden.

Het derde kind, geboren Augustus 1934, krijgt B.C.G.-vaccin. De reactie van v. Pirquet blijft negatief. October 1937 is de reactie positief geworden. Bij het jongste kind, geboren Juni 1936, wordt de reactie in Juli 1938 positief.

Geval 73.

Het gezin B. bestaat uit een man van 63 jaar, zijn jonge vrouw en vier kinderen. Vrouw en man zijn beiden geestelijk debiel. Het gezin is zeer slecht gehuisvest; de kinderen verkeerden in verwaarloosden toestand.

De vrouw heeft open longtuberculose, maar weigert het consultatiebureau te bezoeken.

Mei 1941 weet de huisarts den man te bewegen met de kinderen voor contactonderzoek te gaan. De man blijkt gezond te zijn. De oudste drie kinderen van resp. 6, 4 en 2 jaar, hebben allen hiluskliertuberculose met perihilaire infiltraten.

Ze worden van Mei 1941 tot Juni 1944 in een sanatorium verpleegd. De oudste maakt hier bovendien een specifieke peritonitis door. Ze worden allen in behoorlijken toestand ontslagen.

Het jongste kind, oud 3 maanden, heeft in Mei 1941 geen afwijkingen. Augustus 1941 wordt het gestuurd, omdat het sinds 4 weken ziek is. Het heeft dan longtuberculose, stadium N, met caverne, met als complicatie huidtuberculose. September 1941 overlijdt het.

Geval 74.

H., oud 22 jaar, komt in Februari 1934 op het consultatiebureau wgens algemeene klachten. Hij heeft longtuberculose met positief sputum. Patiënt weigert te kuren en komt niet meer op het consultatiebureau terug.

De vader van patiënt staat eveneens bekend als een open tuberculoselijder, die het consultatiebureau niet wil bezoeken.

Van het gezin, dat zes kinderen telt, komen in April 1934 twee voor contactonderzoek. Een zoon is gezond. Een dochter van 17 jaar, die in het najaar van 1933 pleuritis heeft gehad, heeft behalve resten van een oude pleuritis en van een oude longafwijking, geen afwijkingen. Ze blijft niet onder de gewenschte contrôle en komt in October 1939 terug met een caverneuze longtuberculose en sterk positief sputum. Den afgeloopen zomer is ze bij een getrouwde zuster in huis geweest, waar ze twee kinderen heeft besmet; waarschijnlijk is een meisje uit de buurt eveneens door haar geïnfecteerd.

Met veel moeite gelukt het, patiënte eenige maanden voor observatie in een ziekenhuis op te nemen; een voorgestelde operatieve behandeling wordt afgewezen. Daarna kuurt ze thuis zeer onvoldoende en komt ze niet voor contrôle terug.

Geval 75.

A., oud 27 jaar, ongehuwd, van beroep kruidenier, wordt September 1938 opgeroepen voor contactonderzoek, omdat er in het gezin van zijn broer, waar hij inwonende is, een kind aan meningitis is overleden. Patiënt heeft dan een inactieve tuberculose. Hij komt niet voor de voorgeschreven contrôle terug, weshalve hij September 1940 wordt afgeschreven.

Begin 1941 krijgt hij, volgens mededeeling van den huisarts, griep, hoest en geeft op. Patiënt, die inmiddels getrouwd is, wordt opgenomen in een ziekenhuis, waar blijkt, dat hij een caverneus longproces met positief sputum heeft.

In April 1941 komt hij uit eigen beweging thuis en zal dan in een ligtent kuren. Er komt echter niets van terecht. Patiënt neemt zich voor zijn vrouw en kinderen niet in acht, ondanks zijn hoesten en opgeven. Hij komt zeer ongeregeld op het consultatiebureau. Begin 1944 verricht hij zelfs zwaren arbeid.

De echtgenoot komt Mei 1941 voor contactonderzoek en heeft geen specifieke afwijkingen.

Een kind van 4 maanden heeft hiluskliertuberculose met uitzaaiing van tuberculeuze hardjes in de longen.

Het oudste kind (2 jaar), heeft een positieve reactie van v. Pirquet.

Geval 76.

S., gehuwd, vader van zes kinderen, van beroep venter, staat, voor hij den eersten maal het consultatiebureau bezoekt, al jaren bekend als een open tuberculoselijder.

Hij heeft begin 1927 een haemoptoë gehad, heeft daarna gekuurd in een ligtent en is begin 1928 in een sanatorium opgenomen. Hij bleef hier een half jaar, ging daarna weer aan zijn werk en kreeg na eenige jaren weer een haemoptoë, waarop een rustkuur thuis volgde. Einde 1932, toen patiënt reeds weer aan zijn werk was, kreeg hij voor de derde maal een haemoptoë. Weer volgde een rustkuur thuis.

Mei 1933 bezoekt hij voor het eerst het consultatiebureau, waar de bevinding is: dubbelzijdige longtuberculose met positief sputum.

Tot 1938 blijft de toestand vrijwel constant. Nu eens geeft hij meer, dan weer minder op, met vrijwel altijd positief sputum. Van de voorgeschreven rust komt weinig of niets terecht; sputumprophylaxe wordt niet toegepast.

In het begin van 1938 wordt hij opnieuw in een sanatorium opgenomen, waar hij, met een onderbreking van eenige maanden in 1939, tot September 1941 verblijft.

Als hij is thuis gekomen, gaat het weer als tevoren: het proces dat rustig was geworden, flakkert weer op; het sputum, dat de laatste maanden in het sanatorium negatief was, is weldra positief. Van rusten komt weer niets terecht.

De zes kinderen (leeftijd 1—9 jaar), welke Januari 1935 op het consultatiebureau verschijnen, hebben allen een positieve reactie van v. Pirquet.

De vrouw heeft zich nooit op het consultatiebureau laten onderzoeken. Ze overlijdt November 1941 aan buiktuberculose.

In 1943 vermeldt de huisarts, dat de huishoudster van den man niet genegen is het consultatiebureau te bezoeken.

Geval 77.

Het gezin C. bestaat uit man, vrouw en vijf kinderen. De vrouw heeft een longtuberculose met positief sputum. Ze wil het consultatiebureau niet bezoeken en kuurt onvoldoende in de tent.

In December 1936 wordt ze in een ziekenhuis opgenomen, dat ze korten tijd later weer verlaat. Februari 1938 wordt ze voor de tweede maal opgenomen. Ze overlijdt hier September 1938.

De man wil aanvankelijk geen contactonderzoek van het gezin.

Februari 1937 gelukt het alle kinderen op het consultatiebureau te krijgen. De uitslag van het onderzoek luidt als volgt:

Een dochtertje van zeven jaar heeft hilusklertuberculose. Ze blijft hoesten en er slecht uitzien; kuurt onvoldoende.

Maart 1938 heeft ze positief sputum. Mei 1938 wordt ze in een sanatorium opgenomen en Augustus 1939 tegen advies ontslagen.

Een dochtertje van 10 maanden heeft Juli 1937 een positieve reactie van v. Pirquet. Februari 1939 heeft ze een primair complex in de rechter long.

Bij een zoontje van zes jaar is de reactie van v. Pirquet negatief, December 1940 is ze positief.

Een dochtertje van 5 jaar heeft een negatieve, in Juli 1937 een positieve reactie van v. Pirquet.

Van de zijde van den man ondervindt het consultatiebureau geenerlei steun. Ten slotte heeft de Voogdijraad ingegrepen en de kinderen in 1942 naar een weezeninrichting overgebracht.

Geval 78.

Mej. W. wordt door haar huisarts in December 1938 naar het consultatiebureau verwezen, omdat ze na de laatste bevalling, in Juli 1938, ziek is geworden. Er wordt open longtuberculose vastgesteld.

Het gezin, bestaande uit man, vrouw en 3 kinderen huist in een woonschip. De vrouw en ook de man zijn dom en onverschillig. Het jongste kind slaapt bij de moeder.

De vrouw wordt direct na het bezoek aan het consultatiebureau in een ziekenhuis opgenomen. Na een week loopt ze weg. Ze kuurt dan thuis. Uit een brief van den huisarts van Juni 1939 blijkt, dat ze zich in het geheel niet aan de voorschriften houdt. Patiënte overlijdt in Juni 1940.

Een kind van 2 jaar oud en de man blijken gezond te zijn. De andere twee kinderen zijn buitenshuis.

Geval 79.

V., arbeider, oud 28 jaar, gehuwd, komt Mei 1931 op het consultatiebureau met linkszijdige longtuberculose. Het sputum is positief. Hij wordt dan opgenomen in een sanatorium voor rekening van het Invaliditeitsfonds en is bij ontslag in December 1932 niet meer invalide in den zin der wet.

In de jaren 1933—'45 is deze man dikwijls een infectiebron

voor zijn gezin geweest, daar hij zich nimmer aan de voorschriften van het consultatiebureau of van zijn huisarts heeft gestoord. Het sputum is afwisselend positief en negatief. Nog eenmaal in deze jaren wordt patiënt in een sanatorium opgenomen, doch hij verlaat het na 2 maanden.

Drie kinderen hebben bij het eerste onderzoek (resp. in Mei '31, Maart '37 en Maart '42) een positieve reactie van v. Pirquet. Ze zijn dan 1, 1 en 2 jaar oud.

Een vierde kind is op den leeftijd van 1 jaar overleden aan tuberculeuze meningitis.

Geval 80.

V., arbeider, oud 37 jaar, wordt Juli 1935 door den huisarts naar het consultatiebureau gezonden wegens moeheid en hoesten gedurende eenige maanden. Zijn vader, met wien hij tot 1933 in aanraking is geweest, heeft open longtuberculose.

Patiënt heeft een hoofdzakelijk rechtszijdige, productieve-exsudatieve longtuberculose met zeer sterk positief sputum. Hij kuurt thuis tot het sputum negatief is en wordt dan 8 maanden in een sanatorium verpleegd voor rekening van het Invaliditeitsfonds om daarna thuis verder te rusten.

Het gezin, dat vier kinderen telt, verkeert in slechte omstandigheden. Men leeft slordig en onhygiënisch.

Een jaar na zijn ontslag uit het sanatorium, in November 1937, heeft patiënt weer sterk positief sputum; niettemin neemt hij zich niet in acht voor zijn omgeving. Hij vent met turf langs de huizen.

In Maart 1938 volgt voor de tweede maal sanatorium-opneming. Vijf maanden later wordt patiënt disciplinair ontslagen, omdat hij niet wenscht te leven naar de regels van het huis. Thuis gaat het daarna als vanouds.

In Augustus 1935 komt het geheele gezin voor contactonderzoek.

De vrouw is gezond.

Zoon A., oud 14 jaar, heeft een positieve reactie van v. Pirquet. Hij overlijdt in 1942 aan phthisis galoppans.

Bij zoon B., oud 12 jaar en dochtertje C., oud 11 jaar, is de reactie van v. Pirquet positief. De laatste krijgt in 1944 een rechtszijdige longtuberculose met positief sputum.

Dochtertje D., oud 5 jaar, heeft een negatieve reactie van v. Pirquet. In Maart 1938 is de reactie positief.

Geval 81.

T., rijwielhandelaar, oud 41 jaar, heeft begin 1939 griep gehad. Hij is daarna blijven hoesten en opgeven. Juni 1939 is één van zijn kinderen aan tuberculeuze meningitis gestorven.

Hij komt Juni 1940 op het consultatiebureau, waar de diagnose luidt: tuberculeus proces van de rechter bovenkwab met schrompeling en mogelijk een groote caverne in de top. Het sputum is positief. Advies: volledig kuren. Patiënt komt daarna niet terug en wordt October 1942 afgeschreven.

Volgens den consultatiebureauarts was er met dezen man in het geheel niets aan te vangen. Hij wilde niet kuren en geen prophylactische maatregelen nemen. Van verschillende zijden is hem op het gevaar van besmetting gewezen en op de noodzakelijkheid van een geregeld onderzoek, echter alles zonder eenig resultaat.

Geen van zijn gezinsleden is voor onderzoek op het consultatiebureau geweest. Het is bekend, dat er in het gezin, dat veel jonge kinderen telt, enkele infecties hebben plaats gevonden.

Geval 82.

H., oud 53 jaar, werkman, vader van veertien kinderen, waarvan één overleden aan meningitis tuberculosa, heeft in Juni 1938 een dubbelzijdige overwegend cirrhotisch-induratieve longtuberculose, stadium M, met larynx-tuberculose. Het sputum is sterk positief.

Hoewel in het begin bedrust houdend, verslapt patiënt spoedig in het opvolgen van de voorschriften en hervat hij zijn werk. Patiënt wordt October 1943 afgeschreven, omdat hij niet meer op het consultatiebureau verschijnt.

Al zijn kinderen hebben een positieve reactie van v. Pirquet, doch geen longafwijkingen.

Geval 83.

Mej. N., oud 38 jaar, wordt Maart 1940 naar het consultatiebureau gezonden, omdat de huisarts tuberkelbacillen in het sputum vindt. De diagnose luidt: longtuberculose, stadium M, sputum positief. In Mei 1940 vindt sanatoriumopneming plaats. Patiënte vertrekt Januari 1941 tegen advies. Thuis doet ze voor honderd procent haar werk, hoewel het proces tijdens het sanatoriumverblijf niet noemenswaard verbeterd is. Ze overlijdt Januari 1943.

Van haar drie kinderen (14, 11 en 9 jaar) hebben het oudste en het jongste kind in Mei 1940 hiluskliertuberculose. Het jongste wordt naar een sanatorium gezonden, de twee andere worden tijdens de ziekte der moeder elders ondergebracht.

Geval 84.

M., veenarbeider, is 25 jaar oud, als hij in Juli 1939 door den huisarts naar het consultatiebureau gezonden wordt wegens langdurig hoesten. De bevinding is: reactie van v. Pirquet positief, sputum negatief, suspect voor tuberculeus infiltraat in de rechter top. Als patiënt een maand later, zonder voldoende gekuurd te hebben, weer onderzocht wordt, is er een beginnende verweeking van het infiltraat opgetreden. Het sputum is positief. Nog in dezelfde maand wordt patiënt in een sanatorium opgenomen. Hij misdraagt zich hier en loopt weg in Juni 1940. Hij is dan valide in den zin der wet, komt vrij geregeld ter contrôle op het consultatiebureau, maar rust in het geheel niet. In November 1944 is het sputum weer positief. Sanatoriumopneming wordt dan niet toegestaan wegens zijn onbehoorlijk optreden in 1940. Een zoontje van 2 jaar heeft in October 1939 bij het eerste onderzoek op het consultatiebureau long- en hiluskliertuberculose. Na twee jaar sanatoriumverpleging wordt het kind genezen ontslagen.

Het tweede kind, geboren April 1940, heeft in October 1940 een negatieve reactie van v. Pirquet. In November 1944 heeft het, behalve

een positieve reactie van v. Pirquet infiltraten in beide longen. De vrouw is gezond.

Behalve zijn twee kinderen zijn door dezen man vermoedelijk nog geïnfecteerd twee zusters en een broer van zijn vrouw, die veel bij hem aan huis kwamen.

Eén der zusters, oud 22 jaar, heeft in Februari 1944 erythema nodosum. De andere zuster, oud 17 jaar, en de broer, oud 19 jaar, hebben resp. in October 1945 linkszijdige hiluskliertuberculose met longtuberculose.

Geval 85.

W., grondwerker, oud 36 jaar, is begin 1944 ziek geworden. Juni 1944 wordt hij in een ziekenhuis onderzocht, waar longtuberculose wordt gediagnostiseerd. In November 1944, als patiënt voor het eerst het consultatiebureau bezoekt, vindt de arts een dubbelzijdige longtuberculose met verscheidene cavernen links. Het sputum is positief. In Januari 1945 komt hij voor contrôle met een brief van den huisarts, waarin deze meedeelt, dat patiënt meent, dat hij genezen is, hoewel hij hoest en opgeeft. Hij wenscht niet opgenomen te worden, doet licht werk en leeft niet geïsoleerd van zijn gezin.

De drie kinderen, oud 12, 9 en 8 jaar, hebben bij het eerste onderzoek in Augustus 1944 geen afwijkingen.

In Januari 1945 heeft het oudste hiluskliertuberculose, de twee anderen hebben longtuberculose, resp. stadium L en M.

De vrouw heeft nooit het consultatiebureau bezocht voor onderzoek.

Geval 86.

Mej. W., geboren Mei 1914, krijgt Maart 1944 griep, welke niet geneest. Bij haar komst op het consultatiebureau in Mei 1944 blijkt ze longtuberculose, stadium M, te hebben.

Patiënte kuurt thuis. September 1944 krijgt ze een haemoptoe. Vanaf October 1944 is het sputum positief.

Op advies van den huisarts is haar 2-jarig dochttertje in October 1945 uit huis genomen. Het kind wordt na enkele dagen weer teruggehaald.

De moeder heeft geen ziekteinzicht en past geen sputumprophylaxe toe.

Het dochttertje, dat Augustus 1944 nog een negatieve reactie van v. Pirquet heeft, reageert November 1944 positief en overlijdt Februari 1945 aan meningitis tuberculosa.

Behalve het dochttertje wordt ook de dienstbode door de vrouw geïnfecteerd.

Geval 87.

E., oud 26 jaar, winkelbediende, is April 1942 begonnen te hoesten en op te geven. Juli 1942 zendt de huisarts hem naar het consultatiebureau, waar de diagnose luidt: longtuberculose, stadium L. Sputum positief. Advies: absolute bedrust.

Patiënt kuurt niet, maar blijft zijn werk doen en heeft twee jaar later nog positief sputum. Hij komt als winkelbediende in aanraking met veel gezinnen zonder maatregelen te nemen een eventuele besmetting te voorkomen. Hij heeft eenigen tijd in een zaak gewerkt, waar behalve hij, nog drie man personeel aanwezig was. Het gezin van zijn chef telde vier kleine kinderen.

Geval 88.

W., geboren April 1917, kappersbediende, heeft in 1930 pleuritis gehad. Januari 1936 krijgt hij een haemoptoë. Hij rust zes maanden op advies van zijn huisarts en komt in Juli 1936 op het consultatiebureau, waar blijkt, dat hij een dubbelzijdig tuberculeus longproces heeft, stadium M. Het sputum is negatief.

Patiënt komt geregeld ter contrôle, neemt het met de voorschriften echter niet te nauw en neemt zich onvoldoende in acht. September 1938 werkt hij weer als kappersknecht. In 1942 ondergaat hij een linkszijdige nephrectomie tengevolge van niertuberculose. In Januari 1943 heeft hij opnieuw positief sputum. Patiënt verricht in dien tijd kantoorwerkzaamheden. Ook daarna handelt hij tegen de voorschriften en rust hoogstens één uur per dag.

Zijn verloofde is zeer waarschijnlijk door hem geïnfecteerd. Ze heeft Maart 1943 erythema nodosum met hiluskiertuberculose.

Geval 89.

Mej. H., oud 45 jaar, begint Juni 1943 te hoesten. Ze geeft op en vermagert. Januari 1944 wordt ze naar het consultatiebureau gezonden. Ze heeft dan een dubbelzijdige longtuberculose met cavernen, stadium M. Ze kuurt slecht en neemt de voorschriften van het consultatiebureau niet in acht. In November 1944 is het proces achteruitgegaan, het sputum is positief. Dan wordt sanatoriumverpleging aangeraden, doch deze raad wordt niet opgevolgd, waarschijnlijk mede, omdat de huisarts niet meewerkt.

In dit landbouwersgezin, dat zeven kinderen telt, heeft een jongen van 14 jaar in Januari 1944 hiluskiertuberculose. De overige kinderen, variërend in leeftijd van 3 tot 19 jaar, hebben in April 1944 een positieve reactie van v. Pirquet, geen longafwijkingen.

De vader is gezond.

Sindsdien komen steeds meer kinderen in een ligtent te liggen. Ook dan wordt sanatoriumopneming geweigerd.

Geval 90.

S., oud 42 jaar, arbeider, wordt Juni 1942 door den huisarts voor onderzoek gezonden, omdat hij begin 1942 longontsteking heeft gehad en sindsdien is blijven hoesten. Patiënt heeft een dubbelzijdige longtuberculose met cavernen links. Het sputum is positief.

Het gezin, bestaande uit man, vrouw en vier kinderen, huist in een woonwagen en patiënt zal gaan kuren in een ligtent er naast. Volgens den huisarts volgt hij echter de voorschriften in het geheel niet op. Het gelukt niet sputum voor onderzoek te krijgen.

Ook de vrouw werkt niet mee. Begin 1944 heeft ze pleuritis gehad, doch ze wenscht daarna niet op het consultatiebureau te komen.

Een 3-jarig zoontje heeft in Juni 1942 hiluskiertuberculose. De overige kinderen (14, 16 en 22 jaar) zijn gezond.

Geval 91.

H., oud 23 jaar, bakkersknecht, wordt Januari 1935 naar het consultatiebureau gezonden met klachten over hoesten en opgeven van bloederige sputa.

De diagnose van den consultatiebureau-arts luidt: productieve-exsudatieve tuberculose van de rechter long met positief sputum. Patiënt verblijft van Februari 1935 tot December 1935 in een sanatorium en wordt hieruit veel verbeterd ontslagen. Zijn instelling ten opzichte van zijn ziekte is echter van dien aard, dat de huisarts hem, zoo spoedig mogelijk naar het consultatiebureau zendt om hem in zijn meening, dat alles weer in orde is, te remmen. Hoewel het advies luidt: een langzame uitbreiding van de dagtaak, zit hij in Juni 1936 den geheelen dag op de fiets voor zijn werk als verzekeringsagent. In de jaren, die nu volgen, komt hij slechts eenmaal voor contrôle op het consultatiebureau, tot hij in Juli 1943 weer verschijnt (terug uit Duitschland), met een reactivering van het proces. Het sputum is positief. Patiënt kuurt hierna zeer onvoldoende thuis.

In Maart 1935 komen vier broers en zusters van patiënt voor contact-onderzoek. Ze hebben allen een positieve reactie van v. Pirquet.

In Juli 1940 wordt een van de zusters weer opgeroepen, omdat er in de kleuterschool, waarvan zij leidster is, drie kinderen met longafwijkingen zijn. Ze heeft een linkszijdige tuberculose van hoofdzakelijk exsudatief karakter. Patiënte kuurt thuis. Juni 1941 is het proces achteruitgegaan, het sputum positief geworden. Na een sanatoriumverblijf van $2\frac{1}{2}$ jaar, wordt ze, veel verbeterd, ontslagen.

Geval 92.

Mej. F. heeft acht kinderen gehad. Twee zijn overleden, waarvan één in 1920 aan tuberculeuze meningitis.

In 1921 heeft de vrouw een paar maanden thuis gekuurd. Augustus 1927 is ze voor de tweede keer ziek geworden met vermagering, hoesten en opgeven. De huisarts constateerde positief sputum. In Januari 1928 wordt op het consultatiebureau de diagnose gesteld: tuberculosis pulmonum, stadium M. Het sputum is positief. Advies:

rustkuur, voorloopig van 3 maanden. Al spoedig blijkt, dat patiënte niet voldoende kuurt en dat in het gezin geen enkel voorschrift wordt opgevolgd in het belang van de patiënte en haar omgeving. Eveneens wordt huisbezoek geweigerd. Patiënte overlijdt Februari 1928.

Achtereenvolgens komen in den loop der jaren op het consultatiebureau:

Een zoon van 23 jaar. Eerste verschijnselen opgetreden voorjaar 1929; hij hoestte en gaf wel op, maar slikte het sputum door. Hij heeft toen een rustkuur doorgemaakt.

Diagnose op het consultatiebureau in Augustus 1929: uitgebreide, dubbelzijdige, productieve-exsudatieve tuberculose met multipel kleine cavernen. Advies: absolute bedrust. In den loop van het jaar krijgt patiënt bovendien darm- en buiktuberculose. Hij overlijdt Februari 1930.

Een dochter van 15 jaar. Ze is in Februari 1930 acuut ziek geworden met hooge koorts. De huisarts vermoedde genuine pneumonie; het infiltraat verdween echter niet. April 1930 is ze in een ziekenhuis opgenomen voor observatie. Diagnose: overwegend exsudatieve tuberculose van de rechter onderkwab met positief sputum. Ze werd van April 1930 tot Maart 1932 in een sanatorium verpleegd en ontslagen in vrij goeden toestand. Ze mag thuis lichten arbeid verrichten. Na haar ontslag komt ze slechts eenmaal op het consultatiebureau terug (April 1932). Ze overlijdt Juni 1933.

Een dochter van 24 jaar heeft in April 1940 geen afwijkingen.

De man, die nooit het consultatiebureau heeft bezocht, overlijdt in September 1936 aan longtuberculose.

In dit gezin, waarvan dus vijf leden aan tuberculose zijn overleden, heeft nooit de minste medewerking ten opzichte van het consultatiebureau bestaan. Contactonderzoek werd steeds geweigerd, huisbezoek werd niet toegestaan, aan geregelde contrôle op het consultatiebureau wenschte men zich niet te onderwerpen.

Geval 93.

Het gezin P., bestaande uit man, vrouw en vijf kinderen, afkomstig van B., staat op het consultatiebureau aldaar als zeer nonchalant en

onzindelijk bekend. Er komt tuberculose in het gezin voor. Verscheidene leden zijn reeds aan tuberculose overleden. Men wil echter geen gezinsonderzoek. In Februari 1932 verhuist de familie naar E. In October 1934 wordt een getrouwde dochter van 20 jaar, door den huisarts naar het consultatiebureau gestuurd. De diagnose luidt: dubbelzijdige, caverneuze longtuberculose, stadium M. Het sputum is positief. Advies: sanatoriumbehandeling. Ze wordt December 1934 in een sanatorium opgenomen, maar verlaat dit April 1935 wegens heimwee. In Juni 1935 overlijdt ze in een ziekenhuis.

Gezinsonderzoek wordt in October 1934 geweigerd. In Maart 1935 wordt een 6-jarige zoon naar aanleiding van het onderzoek van den schoolarts naar het consultatiebureau gezonden. Hij heeft tot December 1934 nauw contact met genoemde zuster gehad. Bevinding op het consultatiebureau: reactie van v. Pirquet positief, tuberculose niet evident. Hij komt niet weer voor contrôle terug. Maart 1941 wordt hij wegens longtuberculose in een ziekenhuis opgenomen. Hij heeft een massief infiltraat in de rechter bovenkwab, zoomede een caverne. Sanatoriumopneming heeft alsnog plaats. Patiënt overlijdt Januari 1942.

Het eenige gezinslid, dat gevolg geeft aan de hernieuwde oproep tot contactonderzoek, is een 19-jarige dochter. Ze heeft in Maart 1935 behalve een positieve reactie van v. Pirquet, geen verschijnselen van tuberculose. Ze komt niet terug voor contrôle.

In Mei 1936 wordt de vader, oud 46 jaar, naar alle waarschijnlijkheid de bron, gestuurd door den huisarts. Patiënt hoest al jaren. Sinds twee maanden is hij kortademig en werkt hij niet meer. Diagnose: dubbelzijdige longtuberculose, stadium N. Het sputum is sterk positief. Patiënt overlijdt December 1936.

Een zoon van 19 jaar wordt Juni 1938 gestuurd door de gemeentelijke arbeidsbemiddeling. Hij heeft inactieve tuberculose.

Van een zoon, die nooit het consultatiebureau bezoekt, is bekend, dat hij een tuberculeuse gonitis heeft.

De moeder is nooit voor onderzoek geweest.

Selectie van het verzamelde materiaal.

Met behulp van het verzamelde materiaal zullen wij trachten de vraag te beantwoorden, of het toepassen van wettelijke maatregelen gewenscht is in die situaties, waarin een besmettingsmogelijkheid bestaat.

De ziektegeschiedenissen, waaruit onze gevallen zijn samengesteld, betreffen patiënten, welke bij herhaling op een of andere wijze de voorschriften van het consultatiebureau niet nakomen en tengevolge hiervan door den consultatiebureau-arts als een gevaar voor hun omgeving worden beschouwd. De vraag is nu, of dit „gevaar voor de omgeving” identiek is aan het in Hoofdstuk IV omschreven begrip „ernstig besmettingsgevaar” of wel „besmettingsmogelijkheid”.

Deze vraag is belangrijk, omdat wij slechts dan het invoeren van wettelijke maatregelen willen overwegen, indien in de gevallen de voorwaarden aanwezig zijn, noodzakelijk om een besmettingsmogelijkheid te scheppen.

Deze voorwaarden zijn:

- 1°. de aanwezigheid van een besmettingsbron;
- 2°. de aanwezigheid van objecten;
- 3°. nauw, herhaald en voldoende lang contact tusschen de bron en de objecten.

Wanneer we onze gevallen op deze drie voorwaarden onderzoeken, dan komen we tot de volgende indeeling:

Groep I, omvattende de gevallen 2, 7, 8, 38, 65, 69 en 91, waarin de aanwezigheid van een besmettingsbron niet kan worden aangetoond.

Groep II, omvattende de gevallen 6, 9, 15, 16, 25, 33, 42, 49, 56, 83, 87 en 88, waarin wel een besmettingsbron aanwezig is, doch waar uit de ons ten dienste staande gegevens niet kan worden geconcludeerd,

dat deze bron een ernstig besmettingsgevaar of wel een besmettingsmogelijkheid is, doordat of niet met zekerheid de aanwezigheid van objecten kan worden aangetoond of, zoo deze wel aanwezig zijn, niet bewezen is, dat tusschen de bron en de objecten herhaald en nauw contact bestaat.

Groep III, omvattende de overige gevallen (74 stuks), welke voldoen aan het begrip „besmettingsmogelijkheid”, daar alle drie voorwaarden aanwezig zijn.

Groep I.

Hoewel hier de aanwezigheid van een besmettingsbron niet kan worden aangetoond, zijn deze ziektegeschiedenissen ons ter hand gesteld als voorbeelden van gevallen, waarin toch een gevaar voor de omgeving wordt geschapen. Deze schijnbare tegenstrijdigheid is begrijpelijk. Want inderdaad zijn het gevallen, waarin bij herhaling de voorschriften van den consultatiebureau-arts of van den behandelenden arts niet worden opgevolgd en inderdaad treedt er een besmettingsbron in op. Echter was ten tijde, dat de adviezen niet werden nagekomen, op het moment dus, waarop eventueel wettelijk had moeten worden ingegrepen, niet aangetoond, dat deze patiënt een besmettingsbron was. Hoogstens kon dit vermoed worden. Dit vermoeden is in alle gevallen na verloop van tijd tot een zekerheid geworden, vandaar, dat de consultatiebureauarts achteraf over dezen patiënt kon spreken als over een gevaar voor zijn omgeving.

Een en ander moge worden verduidelijkt aan de hand van de gevallen uit deze groep.

In alle zes gevallen bestaat het niet nakomen der voorschriften in het weigeren van contactonderzoek van het gezin, of in het weigeren der voorgeschreven contrôle.

Geval 2: In 1928 wordt gezinsonderzoek, dat geadviseerd werd op grond van het constateeren van een geval van gesloten tuberculose, geweigerd.

Als het in 1933 toegestaan wordt, blijken er in het gezin twee gevallen van longtuberculose te zijn, waarvan naar alle waarschijnlijkheid genoemd geval de bron is.

Geval 7: In 1932 wordt contactonderzoek en geregelde contrôle geadviseerd aan een gezin, waarvan de vader in 1930 is overleden aan open longtuberculose en waarvan in 1932 één der leden een (gesloten) tuberculeus longproces heeft. Aanvankelijk toegestaan, wordt verdere contrôle, na hertrouwen der moeder, door den stiefvader geweigerd, en pas opnieuw toegestaan in 1942 als inmiddels een dochter overleden is en een zoon positief sputum heeft.

Geval 8: Weigeren van contactonderzoek van een gezin, waarin tegelijkertijd twee gevallen van erythema nodosum optreden. Als een jaar later in het gezin een geval van open longtuberculose wordt ontdekt, wordt toestemming gegeven tot contactonderzoek.

Geval 65: In 1937, als de moeder longtuberculose heeft, wordt gezinsonderzoek geweigerd. In 1943 heeft een dochter open longtuberculose. Zij infecteert op haar beurt weer twee harer kinderen.

Geval 69: Weigeren van contactonderzoek in 1939, dat geadviseerd wordt op grond van twee, vermoedelijk open, tuberculoselidrs in het gezin. Een jaar later toestemming, waarbij vier gevallen van meer of minder ernstige tuberculose onder de kinderen worden ontdekt. Hier was waarschijnlijk niet zoozeer het weigeren van contactonderzoek, als wel het weigeren van algeheele medische hulp op grond van godsdienstige principes, de oorzaak van het optreden van zooveel slachtoffers in een gezin.

Geval 91: Een jonge man weigert na ontslag uit het sanatorium verdere contrôle op het consultatiebureau. Hij infecteert zijn zuster, die, leidster van een kleuterschool, op haar beurt enkele schoolkinderen besmet. Of deze jongeman een besmettingsbron is, kan niet worden aangetoond, daar hij het consultatiebureau niet weer bezocht heeft.

Geval 38: Hier is niet aangetoond, dat de vrouw tijdens haar slordige leefwijze positief sputum heeft.

Voor deze groep van gevallen komen eventueele wettelijke maatregelen naar onze meening niet in aanmerking, gezien het feit, dat

(door het weigeren van contactonderzoek) slechts een besmettingsbron vermoed kan worden.

Veel onheil had in deze gevallen kunnen worden voorkomen, wanneer de consultatiebureau-arts het recht had gehad, deze gezinnen op te roepen voor contactonderzoek of voor verdere contrôle.

Een dergelijk recht, waarvan dus reeds op grond van een vermoeden van de aanwezigheid eener besmettingsbron, gebruik zou kunnen worden gemaakt, is naar onze meening echter te ingrijpend.

In de eerste plaats tast een maatregel, krachtens welke iemand verplicht kan worden zich aan een onderzoek te onderwerpen, te veel de persoonlijke vrijheid aan. Reeds op principieele gronden moet daarom een dergelijke bepaling worden verworpen. Doch er is meer. Een verplicht onderzoek, verlangd door den consultatiebureau-arts, zou op zeer veel tegenstand stuiten, te meer, waar men in het meerendeel der gevallen, waar contactonderzoek wordt verricht, geen positieve resultaten ziet. Zeer zeker zou een dergelijke maatregel het vertrouwen in den arbeid van het consultatiebureau ondermijnen en een gevoelige slag toebrengen aan de vrijwillige tuberculosebestrijding. Goede volksvoorlichting, vooral van de zijde van den huisarts, die op zijn beurt tijdens zijn opleiding van het nut hiervan doordrongen moet worden, zal er zeker toe bijdragen, dergelijke gevallen tot een minimum te reduceeren.

Groep II.

Hoewel hier een besmettingsbron aanwezig is, kan in deze groep van gevallen met behulp van de ons ten dienste staande gegevens niet een besmettingsmogelijkheid worden aangetoond.

Zoo is in de gevallen 63, 25, 42, 49, 56, 83, 87 en 88, niet met zekerheid gebleken dat er personen zijn, die in herhaald en nauw contact met de besmettingsbron leven.

In de gevallen 9, 16 en 33, is niet bewezen, dat er tusschen de bron en de objecten herhaald en nauw contact bestaat, terwijl in geval 15 ons geen gegevens ten dienste staan noch aangaande het contact, noch aangaande de objecten.

We leggen er de nadruk op, dat we bij beschikking over uitvoerige

gegevens, in sommige van deze gevallen tot de conclusie zouden komen, dat ze wel een besmettingsmogelijkheid zouden voorstellen, m.a.w. dat we ze moesten thuis brengen onder groep III. De indeeling in groepen II en III is dus een zeer kunstmatige en is vooral afhankelijk van de ten dienste staande gegevens.

Voor de praktijk is dit zeer belangrijk. Wanneer nl. in de toekomst de mogelijkheid tot het toepassen van wettelijke maatregelen zal worden gegeven, dan mag in gevallen, waarin we niet terdege op de hoogte zijn van de leefwijze van de besmettingsbron, speciaal wat zijn sputum-prophylaxe betreft, zoomede van het contact met de personen uit zijn omgeving, niet tot het toepassen van wettelijke maatregelen worden besloten. .

Groep III.

Deze groep bevat dus het materiaal, aan de hand waarvan we zullen trachten de door ons gestelde vraag te beantwoorden.

HOOFDSTUK VII.

Is toepassing van wettelijke maatregelen gewenscht?

In het voorafgaande hoofdstuk hebben we uit ons materiaal 74 gevallen geselecteerd, waarin de infectiebron als een ernstig gevaar voor haar omgeving moet worden beschouwd.

Om de vraag te beantwoorden, of toepassing van dwang voor deze groep van patiënten wenschelijk is, dient eerst te worden nagegaan, *of de oorzaken van het niet nakomen der voorschriften uitsluitend in den patiënt zelf zijn gelegen* dan wel, of er daarnevens nog omstandigheden zijn, die zijn handelwijze in de verkeerde richting beïnvloeden. Is het laatste het geval, dan mag pas dwang worden overwogen, indien is komen vast te staan, dat na opheffing van deze omstandigheden het gedrag van den patiënt niet dusdanig verandert, dat hij ophoudt een gevaar voor zijn omgeving te zijn.

Inderdaad blijkt, dat in enkele gevallen er omstandigheden zijn buiten den patiënt, die mede het gevaar voor de omgeving kunnen beïnvloeden en wel:

1. Slechte huisvesting.
2. Het niet ten volle medewerken van den huisarts.
3. Plaatsgebrek in sanatoria.
4. Financiële moeilijkheden bij sanatoriumverpleging of bij verpleging thuis.
5. Het niet medewerken van een of meer huisgenooten van den patiënt aan de sputumprophylaxe.

Ad 1. Slechte huisvesting.

In de gevallen 24, 28, 54, 73 en 90 wordt de aandacht gevestigd op de slechte huisvesting, die op het besmettingsgevaar mede invloed uitoefent.

Zoo lezen we in geval 24:

„De consultatiebureauarts acht hem, tengevolge van zijn ongelukkige huisvesting, een groot gevaar voor zijn omgeving, temeer, daar hij gebrekkig kuurt.

.... Patiënt weigert sanatoriumuitzending.”

Geval 28:

„Het gezin (man, vrouw en acht kinderen) is klein behuist en leeft onhygiënisch. De vrouw wordt door haar man, die alle raadgevingen op het gebied der sputumprophylaxe in den wind slaat, verpleegd.”

Geval 54:

„Geen der gezinsleden (man, vrouw en negen kinderen) volgt de raadgevingen van kuren en sputumprophylaxe op. In dit gezin, waar alle hygiëne zoek is, is kuren, mede door de slechte woning, trouwens een vrijwel onmogelijke zaak.”

Geval 73:

„Het gezin (man, debiele vrouw en vier kinderen) is zeer slecht gehuisvest; de kinderen verkeerden in een verwaarloosden toestand. De vrouw heeft open longtuberculose, maar weigert het consultatiebureau te bezoeken.”

Geval 90:

„Het gezin (man, vrouw en vier kinderen) huist in een woonwagen en patiënt zal gaan kuren in een ligtent er naast. Volgens den huisarts volgt hij echter de voorschriften in het geheel niet op en neemt hij geen voorzorgen voor zijn omgeving.”

Het blijkt in al deze gevallen ten duidelijkste, dat bij opheffing van de slechte huisvesting het besmettingsgevaar zou blijven bestaan, gezien de gedragingen van deze patiënten, die vaak lijnrecht ingaan tegen de regels van een goede sputumprophylaxe.

In de gevallen 24 en 90 zijn bovendien vergeefsche pogingen in het werk gesteld om den patiënt te onttrekken aan den invloed van de slechte huisvesting. In geval 24 wordt sanatoriumopneming geweigerd; in geval 90 wordt het een kuur in de ligtent, waarvan niets terecht komt.

We kunnen ons gevallen indenken, waar bij de eerste lezing niet kan worden uitgemaakt, of het uitsluitend de slechte huisvesting is dan wel het gedrag van den patiënt, hetwelk aansprakelijk gesteld moet worden voor den ernst van het besmettingsgevaar. Getracht moet dan worden van de zijde van de tuberculosebestrijdingsinstanties, eventueel van die van de overheidsinstanties, al het mogelijke te doen om deze slechte huisvesting op te heffen (aanbouw van slaapkamers, lichttentverpleging, sanatoriumverpleging) alvorens eventueel tot dwang over te gaan.

In een tijd als deze, waarin de Nederlandsche bevolking in een betreurenswaardigen toestand van huisvesting verkeert en waarin eventuele verbouwingen vaak even zoovele moeilijkheden zullen opleveren als verpleging buiten het gezin door het tekort aan sanatoriumbedden, zal deze opgaaf moeilijk uit te voeren zijn.

Ad 2. Het niet ten volle medewerken van den huisarts.

In de gevallen 5, 29 en 89 wordt gewag gemaakt van het ontbreken van de volle medewerking van den huisarts.

Geval 5:

„Patiënt, die blijkbaar niet van den ernst der zaak overtuigd is (d.i. dubbelzijdige longtuberculose met positief sputum) luistert niet naar raad en gaat weer aan zijn werk. Dit zou zijn op aanraden van zijn huisarts.”

Geval 29:

Het advies voor de 18-jarige dochter met linkszijdige open longtuberculose luidt: „Sanatoriumopname voor collaps-therapie”. Gezien de tijdsomstandigheden wordt dit op advies van den huisarts aanvankelijk geweigerd, doch als in Juni 1940 de consultatiebureau-arts schrijft, dat alles weer normaal functionneert, wordt wederom, mede op advies van den huisarts, geweigerd. Volgens de huisbezoekster moet de onwillige houding in dit gezin stellig voor een deel te wijten zijn aan de houding van den huisarts.”

Geval 89:

„In een gezin met zeven kinderen heeft de moeder dubbelzijdige open longtuberculose. Ze neemt de voorschriften niet in acht. Sanatoriumopneming wordt geweigerd, mede doordat de huisarts niet meewerkt.”

In geval 5 is zonder meer duidelijk, dat het advies van den huisarts hier een bijkomstige factor is geweest, die weinig invloed heeft uitgeoefend op het gedrag van den patiënt. Immers later lezen we over het verlaten van het sanatorium tegen advies, over het niet onder contrôle van den arts willen blijven enz.

In de gevallen 29 en 89 kunnen we niet uitmaken, of de instelling van de betrokken personen een andere geweest zou zijn, indien de huisarts wat zijn adviezen betreft, geheel aan de zijde van den consultatiebureau-arts had gestaan. Zoolang we dit niet weten, mogen we deze gevallen niet rangschikken in de rubriek, die voor eventueelen dwang in aanmerking komt.

Het adviseeren van den huisarts tegen den consultatiebureau-arts is een belangrijke en delicate kwestie. Voor de meeste patiënten zal, wanneer de twee adviezen niet in volle overeenstemming met elkaar zijn, dat van den huisarts, den vertrouwensman, wel het doorslaggevende zijn.

Voor al wanneer de consultatiebureau-arts moeilijk den patiënt kan doordringen van den ernst zijner ziekte en van het belang eener goed doorgezette prophylaxe, is volledige steun en medewerking van den huisarts uiterst belangrijk en kan een kleine weifeling zeer ten kwade werken. De fundamenteen voor deze medewerking behooren te worden gelegd tijdens de opleiding van den aanstaanden arts. Een stage als coassistent op een consultatiebureau kan hier veel toe bijdragen.

Ad 3. Plaatsgebrek in sanatoria.

Zie de gevallen 35 en 61.

In geval 35 blijkt zonder meer de onwillige houding van den patiënt: ontslag uit het sanatorium wegens wangedrag, gevolgd door het verichten van arbeid tegen het advies van den consultatiebureau-arts;

daarna door een onvoldoende kuur in de ligtent. Plaatsgebrek is hier zeer zeker niet beslissend geweest voor het gedrag van den patiënt. Minder duidelijk is dit in geval 61, waar de dochter kuurt in de ligtent, terwijl de omgeving de sputumprophylaxe negeert en plaatsgebrek sanatoriumverpleging verhindert. Misschien had tijdige opneming hier veel kunnen voorkomen.

Naar aanleiding van een dergelijk geval komt de vraag bij ons op, of voorrang bij opneming moet worden verleend in die gevallen, waar deze vooral geschiedt met prophylactisch doel.

Ad 4. Financiële moeilijkheden.

Geval 44.

Patiënt, schipper van beroep, verlaat tegen advies met positief sputum het sanatorium. Hij kuurt dan in een tent op het schip, rust onvoldoende, stoort zich niet aan de adviezen van den consultatiebureau-arts en de huisbezoekster. Daarna volgen jaren met positief sputum, waarin patiënt afwisselend werkt en rust. „Patiënt zegt, wel van goeden wille te zijn, maar dat hij om financiële redenen niet kan rusten.”

Zorgen voor het gezin zouden hier de voornaamste drijfveer van zijn handelen kunnen zijn, ofschoon het feit, dat de vrouw en de vier kinderen nooit het consultatiebureau bezocht hebben voor contact-onderzoek toch wel in de richting van een zekeren onwil gaat.

Wij meenen, dat in dergelijke gevallen eerst de kosten naar behooren geregeld moeten zijn, zoowel wat de verpleging, als wat het onderhoud van het gezin betreft. Blijkt daarna, dat de patiënt bijv. nogmaals het sanatorium tegen advies verlaat of wel, dat hij een rustkuur thuis met voldoende sputumprophylaxe niet vermag door te zetten, dan komt eventueel dwang in aanmerking.

De toenemende verzekering tegen sanatoriumkosten zal in de toekomst de economische moeilijkheden minder frequent doen worden. Analoge moeilijkheden zullen zich kunnen voordoen, wanneer de moeder van het gezin patiënte is. Dikwijls wordt onvoldoende hulp in het gezin aangevoerd als reden van het niet kunnen kuren thuis of van het weigeren van sanatoriumopneming. Blijft hier, nadat hulp verschaft is, medewerking uit, dan mogen eventueel verdere stappen

worden overwogen. Het instituut voor gezinshulp en gezinsverzorgsters, dat zich thans nog in een stadium van ontwikkeling bevindt, zal, naar men mag hopen, ook voor de tuberculosebestrijding nuttig werk kunnen verrichten.

Ad 5. Het niet medewerken van één of meer huisgenooten aan de sputumprophylaxe naast een goedwillige bron.

Geval 28:

„De vrouw wordt door haar man, die alle raadgevingen op het gebied der sputumprophylaxe in den wind slaat, verpleegd.”

Geval 61:

Betreffende de bron wordt niets vermeld over tegenwerking.

„Het gezin, bestaande uit man, vrouw en acht kinderen, leeft zeer onhygiënisch en slordig. Men wil den ernst van de ziekte niet inzien.”

Wordt bij een mogelijke toepassing van dwang in dergelijke gevallen de patiënt niet de dupe van zijn omgeving?

Wij meenen, dat een eventueele dwang hier beschouwd moet worden als een maatregel, die slechts tot steun kan dienen voor den wel-medewerkenden patiënt.

Samenvattend kunnen we dus vaststellen, dat in de meerderheid van onze 74 gevallen, namelijk bij 63 van deze, de oorzaken van het niet opvolgen der voorschriften louter in den patiënt zelf zijn gelegen. Bij de overige, namelijk de gevallen 5, 24, 28, 29, 35, 44, 54, 61, 73, 89 en 90, zijn omstandigheden aanwezig, die mede van invloed zijn op het besmettingsgevaar. Van het meerendeel van deze 11 gevallen kan gezegd worden, dat bij afwezigheid van deze omstandigheden de slechte medewerking van den patiënt zou blijven bestaan. Ze kunnen dus op één lijn gesteld worden met de bovengenoemde 63 gevallen. Van de gevallen 29, 44, 61 en 89 kan dit zonder meer niet worden uitgemaakt.

Voor deze 70 gevallen, die dus betrekking hebben op tuberculoselijders,

van wie is aangetoond, dat zij een ernstig besmettingsgevaar voor de omgeving zijn, terwijl tevens gebleken is, dat de oorzaak van dit besmettingsgevaar in den patiënt zelf gelegen is, is, naar onze meening, toepassing van wettelijke maatregelen wenschelijk.

★ * ★

Is de *frequentie*, waarin de gevallen, als door ons bedoeld, in werkelijkheid voorkomen, groot genoeg om het invoeren van wettelijke maatregelen mede te motiveeren?

Noch ons materiaal, noch de spaarzame opgaven in de Nederlandsche literatuur, ons hieromtrent bekend, kunnen exacte cijfers verschaffen over het aantal van dergelijke gevallen, dat jaarlijks op de consultatiebureaux wordt geregistreerd.

Onze 70 gevallen zijn als volgt over de diverse jaren verdeeld:

Van 9 stuks valt het eerste bezoek aan het consultatiebureau in de jaren tot en met 1929; van 20 stuks in de jaren 1930 tot en met 1934; van 23 stuks in de jaren 1935 tot en met 1939; van 18 stuks in de jaren 1940 tot en met 1944.

Deze cijfers geven in zooverre een indruk van de frequentie, dat we met zekerheid kunnen zeggen, dat ze in werkelijkheid grooter zal zijn. Immers, de ziektegeschiedenissen zijn niet verzameld aan de hand van een kaartstelsel op de verschillende consultatiebureaux, doch ze zijn als het ware geput uit het geheugen van den consultatiebureauarts of van de districtshuisbezoekster. Begrijpelijk is dan ook, dat uit de vroegere jaren minder gevallen aanwezig zijn dan uit die, welke nog versch in het geheugen liggen.

Exacte cijfers zijn alleen te verkrijgen, indien de administratie der ziektegeschiedenissen op alle consultatiebureaux op eenvormige wijze wordt gevoerd, waarbij nauwkeurig aantekening wordt gehouden van het gedrag van den patiënt en van zijn omgeving, van de omstandigheden, die op dit gedrag invloed hebben enz. Slechts op deze wijze zou een juist inzicht kunnen worden verkregen in de frequentie van de gevallen, voldoende aan de voorwaarden, door ons gesteld.

Invoering over het geheele land van statistiekkarten, zooals deze zijn ontworpen door de studielcommissie van den Provincialen Raad

voor Gezondheidszorg in Noord-Brabant zou een onderzoek, als door ons bedoeld, misschien mogelijk maken, wanneer althans op deze kaarten plaats beschikbaar zou zijn voor bovenbedoelde aantekeningen. Een dergelijke wijze van administratie zal zeer zeker ertoe bijdragen, dat de gevallen op zoo objectief mogelijke wijze worden geselecteerd.

Niettegenstaande het ontbreken van exacte cijfers meenen wij in de frequentie, zooals die uit ons materiaal tot ons komt, een argument te zien, dat pleit voor de invoering van wettelijke maatregelen.

De eenige gegevens uit de Nederlandsche literatuur, die een indruk leveren van de frequentie van asociale tuberculoselijders, zijn die, welke verkregen zijn door de enquête, gehouden in 1943 onder de consultatiebureau-artsen door de Tuberculosecommissie uit den Gezondheidsraad. (De resultaten van deze enquête zijn gepubliceerd in de „Verslagen en Mededeelingen van den Gezondheidsraad” 1945.) De commissie heeft de enquête gehouden met het doel de vraag te beantwoorden, of maatregelen moeten worden genomen tegen hen, die door hun asociaal gedrag een gevaar opleveren voor de verspreiding van tuberculose onder de bevolking.

Uit de wijze, waarop de vraag gesteld is, valt af te leiden, dat het aantal gevallen, hetwelk de enquête heeft opgeleverd, niet vergelijkbaar is met dat van ons materiaal. Gevraagd wordt namelijk zonder meer naar „het aantal asociale gevallen van tuberculose, die zich hebben voorgedaan.”

Terwijl wij hebben gemeend de gevallen zoo scherp mogelijk te moeten definiëren door nauwkeurige omschrijving van het begrip „besmettingsmogelijkheid” en door uitsluitend die gevallen te beschouwen, waarin de oorzaak van het niet nakomen der voorschriften bij den patiënt is gelegen, is uit de vraag van de Commissie niet op te maken, welk criterium moet worden gesteld voor de door haar bedoelde „asociale gevallen”. Dat deze vraag door de consultatiebureau-artsen dan ook zeer verschillend is opgevat, blijkt uit het sterk uiteenloopen van het aantal opgaven. Zoo worden uit de drie noordelijke provinciën uit de laatste drie jaren 59 gevallen gemeld, terwijl Utrecht en Overijssel weinig gevallen opgeven. Amsterdam geeft geen omschreven

gevallen en vermeldt, dat „asocialen uitzonderingen zijn”. Toch maakt B e s in zijn proefschrift, waarvan het materiaal stamt uit het Amsterdamsche consultatiebureau, melding van 92 kinderen, verzameld over de jaren 1929—1933 en afkomstig uit gezinnen met een open lijder, waar slechte prophylactische maatregelen werden toegepast. Ongetwijfeld zullen hieronder een aantal geweest zijn, die voldeden aan de voorwaarden, door ons aan de gevallen gesteld, terwijl de leider van het consultatiebureau te Amsterdam deze niet geschaard heeft onder de gevallen als in de enquête bedoeld.

Hetzelfde is het geval met Leiden, waarvan de enquête meldt: „in Leiden komt asociaal handelen zelden voor”. B r o u w e r zegt aangaande zijn materiaal, afkomstig van het districtsconsultatiebureau te Leiden: „In de 40 gezinnen met open tuberculose van een der ouders vind ik op 134 kinderen 19 sterfgevallen, waarvan 10 één jaar oud of daar beneden. Van deze 10 was van tenminste 6 bekend, dat de ouders niet het minste begrip hadden van het gevaar, waaraan hun kinderen blootstonden en dat zij niets deden om dit gevaar te beperken.”

Vermoedelijk zouden deze laatste zes gevallen onder de onze gerangschikt kunnen worden, terwijl de leider van het consultatiebureau te Leiden zich hiervan een andere voorstelling heeft gevormd.

Wij zijn het dus niet met B u r g e r e e n s, als hij zegt, dat uit de gehouden enquête is gebleken, dat het aantal infectiebronnen zeer klein is, vergeleken bij het aantal infectiebronnen, in de maatschappij aanwezig.

Wanneer wij op grond van gevallen uit de praktijk de toepassing van wettelijke maatregelen propageeren, dan doen wij dat in de eerste plaats om het preventieve heil, dat wij ervan verwachten. Wij zijn ervan overtuigd, dat menig open lijder, bij wien de vrijwillige tuberculosebestrijding gefaald heeft in haar pogingen hem tot medewerking aan te sporen, een andere houding zal aannemen bij het zien van een stok achter de deur in den vorm van een eventueel toe te passen maatregel.

Voor degenen tenslotte, wier oor doof is gebleken, eerst voor

adviezen, daarna voor dreigingen, achten wij toepassing van eenigen wettelijken maatregel wenschelijk.

Welke intusschen deze maatregel moge zijn, hij mag nooit bedoeld zijn als strafmaatregel; veeleer zien we hem als een noodzakelijke uitbreiding van de vrijwillige tuberculosebestrijding, als een onderdeel van de prophylaxe dus.

In tegenstelling met Burger, die juist thans, tengevolge van de overvulling der ziekenhuizen en sanatoria, het nemen van scherpe maatregelen tegen enkele onwilligen irrationeel acht, meenen wij, dat juist in een tijd als deze, waarin de tuberculosebestrijding tengevolge van diverse omstandigheden (we denken bijv. aan het groote tekort aan sanatoriumbedden, aan de slechte huisvesting) toch al bedreigd wordt, waakzaamheid van alle zijden is geboden en dat het optreden tegen elke infectiebron, die de verspreiding der tuberculose in de hand werkt, ten volle is verantwoord.

Dat er naast het probleem van den asocialen tuberculoselidder andere problemen in de tuberculosebestrijding zijn, die om oplossing vragen, erkennen wij ten volle, doch dit feit maakt de oplossing van ons vraagstuk niet minder urgent.

Wij beschouwen deze wettelijke maatregelen dan ook niet als een „nokversiering”, doch als een noodzakelijk onderdeel van het gebouw der tuberculosebestrijding.

HOOFDSTUK VIII.

Wettelijke maatregelen.

Bij de beantwoording van de vraag, welke maatregelen dienen te worden toegepast, moet vooropgesteld worden, dat ze ten doel moeten hebben bescherming van de gemeenschap tegen het besmettingsgevaar, m.a.w., dat ze een van de onderdeelen der tuberculoseprophylaxe behooren uit te maken. Zeer zeker mogen ze niet bedoeld zijn als strafmaatregel tegen de infectiebron.

In hoofdstuk IV hebben we uiteengezet, dat de mate van het besmettingsgevaar is gelegen in factoren, uitgaande van de bron, van het contact of van het object.

De bescherming van de gemeenschap, welke neerkomt op de bescherming van het object, kunnen we dus verwezenlijken door:

- 1°. Uitschakeling van den invloed van de bron;
- 2°. Wijziging van het contact tusschen bron en object op zoodanige wijze, dat de besmettingsmogelijkheid minimaal wordt;
- 3°. Verwijdering van het object uit de invloedssfeer van de bron.

Deze laatste methode zouden we directe bescherming van het object willen noemen in tegenstelling met de methoden, onder 1°. en 2°. genoemd, die als indirecte bescherming van het object kunnen worden opgevat.

Uitschakeling van den invloed van de bron kan bereikt worden door isolatie. Hebben pogingen tot vrijwillige afzondering, hetzij thuis, hetzij elders, gefaald, dan is een maatregel noodig, die de mogelijkheid van verplichte isolatie inhoudt.

De theoretische voor- en nadeelen van de verplichte isolatie zullen in hoofdstuk X uitvoerig worden uiteengezet. Op een practisch nadeel moeten we reeds nu de aandacht vestigen.

We zagen, dat in het meerendeel van onze gevallen het drama zich

afspeelt in het gezin, waarbij een der ouders de rol van bron, het jonge kind die van object vervult. Verplichte isolatie van dezen ouder heeft weliswaar tengevolge, dat het oorspronkelijke kwaad wordt uitgeschaald, doch er is meer. Bestudeering der gevallen leert en menige praktijkervaring zal dit bevestigen, dat op het tijdstip, waarop de bron wordt ontdekt, dikwijls reeds verscheidene kinderen in het gezin geïnfecteerd zijn, ja zelfs kan de ontdekking van een der slachtoffers een eerste aanwijzing zijn voor de opsporing van de bron.

(Terzijde moge hier worden opgemerkt, dat constateering van een dergelijk feit nimmer mag leiden tot de opvatting, dat verder ingrijpen nu overbodig zou zijn geworden, omdat het kwaad toch al is gesticht. Wanneer een brand woedt, moet getracht worden, ook al is een deel van het huis reeds een prooi der vlammen geworden, het overige gedeelte nog te redden.)

Daarnaast heeft de niet-zieke ouder dikwijls dezelfde instelling ten opzichte van hygiënische en prophylactische maatregelen als de zieke wederhelft, zoodat de slechte situatie ondanks verwijdering van de bron blijft voortduren. Ten opzichte van de bedreigde, eventueel zieke, kinderen wordt niet de noodige prophylaxe of behandeling toegepast en het vuur, ofschoon in zijn oorspronkelijken haard gebluscht, blijft op andere plaatsen voortwoekeren.

Waar dus de verplichte isolatie in vele gevallen niet de oplossing vermag te brengen, zullen we trachten deze te zoeken in de methoden, genoemd onder 2^o. en 3^o.

De laatste methode houdt voor het meerendeel onzer gevallen in: verwijdering van het jonge kind uit het gezinsverband. We zien dit in enkele gevallen vrijwillig gebeuren, hetgeen meebrengt: terughalen naar eigen verkiezing. Verwijdering van het kind uit het gezin, zoodat verbetering van de omstandigheden in het gezin (methode, sub 2^o. genoemd) op wettelijken grondslag, voert ons op het terrein der wettelijke kinderbescherming. Om te beoordeelen, of dit terrein der Nederlandsche wetgeving mogelijkheden biedt ter bescherming van het door tuberculose bedreigde kind, is het noodzakelijk een beknopte uiteenzetting der Kinderwetten te geven, waaraan we een korte historische inleiding laten voorafgaan.

**De wettelijke kindbescherming in Nederland
en hare mogelijke toepassing bij de
tuberculosebestrijding.**

Reeds in de 16e eeuw bestaat er overheidszorg op het gebied der kindbescherming in den vorm van, meest stedelijke, inrichtingen voor de verwaarloosde jeugd, zooals verschillende tucht- en weeshuizen. Na enkele eeuwen geraken deze inrichtingen in verval en begint het particuliere initiatief op den voorgrond te treden, hetgeen omstreeks 1850 de oprichting van de Heldringgestichten, het Nederlandsche Mettray en andere bekende inrichtingen ten gevolge heeft. Het zijn alle inrichtingen, bestemd voor het verwaarloosde kind. Zorg voor het misdadige kind, dat beschouwd wordt tot een geheel andere groep te behooren, komt in dezen tijd sporadisch voor. De Pro Juventute-vereenigingen, dateerende uit het laatst der vorige eeuw, brengen hierin verandering. Zij beoogen de zorg voor het crimineele kind.

Wetgeving ten aanzien van de verwaarloosde en de crimineele jeugd bestaat in de vorige eeuw nog niet. De vaderlijke macht is onaantastbaar. Wel zijn krachtens het Burgerlijk Wetboek van 1838 de ouders verplicht hun minderjarige kinderen op te voeden en te onderhouden, doch strafmaatregelen bij het niet nakomen van deze verplichting bestaan niet. Ontzetting uit de vaderlijke macht is alleen mogelijk als bijkomende straf, indien de vader een strafbaar feit pleegt tegen zijn kind; de ontzetting eindigt op hetzelfde tijdstip als de opgelegde straf.

Tot 1886 is ten aanzien van het strafrecht de „Code pénal” van kracht, volgens welke geen verschil gemaakt wordt tusschen kinderen en volwassenen. Dit wordt anders met de invoering van het Nederlandsche

Wetboek van Strafrecht in 1886. Strafrechterlijke vervolging van een kind beneden de 10 jaar is krachtens dit wetboek niet mogelijk; op kinderen tusschen de 10 en 16 jaar kan zoowel straf als maatregel (plaatsing in een Rijksopvoedingsgesticht) toegepast worden. Toch ondergaan omstreeks 1890 nog 4 à 5000 kinderen gevangenisstraf. Tegen het einde van de vorige eeuw, een tijd, waarin de criminaliteit onder de jeugd onrustbarend toeneemt, begint men in te zien, dat de Nederlandsche wetgeving, wat de verzorging van de jeugd betreft, leemten vertoont. Men gaat verband zoeken tusschen verwaarloozing en criminaliteit en men voelt, dat de Staat tegen sociale misstanden op moet treden.

Een en ander heeft tengevolge, dat in 1901 de drie eerste kindervetten tot stand komen.

De eerste kindervet, de Burgerlijke Kindervet van 6 Februari 1901, Stbl. no. 62, welke is ingelascht in het Burgerlijk Wetboek als art. 374, maakt een einde aan de onaantastbaarheid van de ouderlijke macht. De Overheid wordt namelijk krachtens deze wet in staat gesteld de ouders, zoo zij ten opzichte van hun kinderen hun macht misbruiken, uit de ouderlijke macht te ontzetten en de opvoeding over te dragen aan een ander persoon of aan een weldadigheidsinstelling. Ontheffing van de ouderlijke macht is mogelijk, als de ouders onmachtig zijn tot verzorging en opvoeding. Ze verschilt van de ontzetting in zooverre ze niet tegen den wil der ouders kan geschieden.

Daarnaast blijft het principe gehuldigd, dat de ouders het natuurlijke recht hebben zelf hun kind op te voeden, wat inhoudt, dat de Overheid slechts in de uiterste noodzaak op mag treden en dat herstel van de ouderlijke rechten mogelijk is.

In art. 374a B.W. worden ontheffing en ontzetting beide besproken:

Hij, die de ouderlijke magt uitoefent, kan, hetzij ten aanzien van alle, hetzij ten aanzien van één of meer kinderen, op verzoek van den voogdijraad of op vordering van het openbaar ministerie van de ouderlijke magt worden ontheven op grond dat hij ongeschikt of onmachtig is zijn pligt tot verzorging en opvoe-

ding te vervullen, en het belang der kinderen zich niet uit anderen hoofde tegen die ontheffing verzet.

Indien de regter het in het belang der kinderen noodzakelijk oordeelt, kan ieder der ouders, voor zoover hij de ouderlijke magt nog niet verloren heeft, op verzoek van den anderen der ouders, van een der bloedverwanten of aangehuwden der kinderen tot den vierden graad ingesloten, van den voogdijraad of op de vordering van het openbaar ministerie van de ouderlijke magt over alle of over een of meer kinderen worden ontzet op grond van:

1°. misbruik van de ouderlijke magt of grove verwaarloozing van de verplichting tot onderhoud en opvoeding van één of meer kinderen;

2°. slecht levensgedrag;

3°. onherroepelijke veroordeeling wegens het opzettelijk deelnemen aan eenig misdrijf met een aan zijn gezag onderworpen minderjarige;

4°. onherroepelijke veroordeeling wegens eenig misdrijf omschreven in de titels XIII, XIV, XV, XVIII, XIX en XX van het tweede boek van het Wetboek van Strafrecht, gepleegd tegen een aan zijn magt onderworpen minderjarige;

5°. onherroepelijke veroordeeling tot een vrijheidsstraf van twee jaren of langer;

6°. het opzettelijk niet medewerken met den gezinsvoogd, belast met het toezicht op een of meer kinderen, of het bij de opvoeding in ernstige mate veronachtzamen van de aanwijzingen van den gezinsvoogd;

7°. het terugischen van een kind van anderen, die onderhoud en opvoeding van dat kind op zich hadden genomen, terwijl gegronde vrees bestaat, dat bij inwilliging van den eisch het kind zal worden verwaarloosd.

Behalve door de personen in dit artikel reeds genoemd kan het verzoek om ontzetting in het onder 7°. genoemde geval ook geschieden door hen, die onderhoud en opvoeding van het kind op zich hebben genomen.

Schorsing van de ouderlijke macht kan plaats hebben gedurende de procedure tot ontzetting:

art. 374d, 5e lid B.W.:

Wanneer het verzoek of de vordering strekt tot ontzetting van de ouderlijke magt, staat het aan de rechtbank vrij, gedurende het onderzoek de uitoefening van de ouderlijke magt geheel of gedeeltelijk te schorsen en aan den anderen der ouders of aan een ander door haar aan te wijzen persoon of aan den voogdijraad zoodanige bevoegdheden ten aanzien van den persoon en de goederen der kinderen toe te kennen als zij zal oorbaar achten.

Art. 374e B.W. geeft de mogelijkheid van herstel in de ouderlijke macht:

Hij, die van de ouderlijke magt is ontheven of ontzet, kan, zoowel op eigen verzoek als op verzoek van hen, die ingevolge art. 374a bevoegd zijn ontheffing of ontzetting te verzoeken, zoomede op vordering van het openbaar ministerie, in de ouderlijke magt worden hersteld of tot voogd over zijn minderjarige kinderen worden benoemd, indien blijkt, dat zijn gedrag of zijne ongeschiktheid of onmagt geen beletsel zijn hem de ouderlijke magt of de voogdij op te dragen.

De tweede kindernet, van 12 Februari 1901, Stbl. no. 63, regelt het kindernetstrafrecht. Ze is gebaseerd op het principe, dat de strafrechterlijke behandeling van het crimineele kind gescheiden moet worden van die van den volwassen misdadiger.

De derde kindernet, van 12 Februari 1901, Stbl. no. 64, geeft de bestemming en het karakter aan van de (tengevolge van het nieuwe kindernetstrafrecht) gereorganiseerde Rijks-opvoedingsgestichten en Tuchtsholen.

De invoering van de Kinderwetten brengt een grooten vooruitgang op het gebied der wettelijke kindernetbeschermtng, daar thans de mogelijkheid geboden wordt in te grijpen, indien het belang van het kind dit eischt; echter alleen dan, wanneer de situatie onhoudbaar wordt.

Preventieve zorg kan met behulp van de toepassing der kinderwetten niet uitgeoefend worden, omdat dreigende verwaarloozing of ontsporing niet een van de gronden voor ontzetting is.

Wel kent men de instelling van het zoogenaamde patronaat, reeds dateerend uit den tijd van voor de Kinderwetten en voor het eerst toegepast door de Pro Juventute-vereenigingen.

Het doel is de ouders, waar noodig, steun en leiding te geven bij de opvoeding om op deze wijze den gezinsband zoo lang mogelijk te bewaren en dreigende ontsporing te voorkomen.

Spoedig bleek echter, dat in dringende gevallen vaak niets kon worden bereikt, omdat het patronaat geen wettelijken grondslag had en men geheel afhankelijk was van de vrijwillige medewerking der ouders.

De Wet op de Ondertoezichtstelling van 5 Juli 1921, n o. 834, ingelascht in het B. W. als art. 373 en in werking getreden 1 November 1922, maakt het mogelijk, dat de hulp van de Overheid kan worden ingeroepen, indien een kind met zedelijken of lichamelijken ondergang bedreigd wordt. Dit is de *burgerlijke ondertoezichtstelling*. Daarnaast kennen we de *strafrechterlijke ondertoezichtstelling*, één van de maatregelen van het kinderstrafrecht. Deze wet maakt dus niet een uitsluiting, doch een beperking van de ouderlijke macht mogelijk.

Kinderrechter en gezinsvoogd doen bij het inwerkingtreden van deze wet hun intrede.

Art. 373 B.W. luidt:

Indien een kind, uit welke oorzaak ook, zoodanig opgroeit, dat het met zedelijken of lichamelijken ondergang bedreigd wordt, kan dat kind, hetzij op verzoek van hem, die de ouderlijke magt uitoefent, van een zijner bloedverwanten of aangehuwden tot den vierden graad ingesloten of van den Voogdijraad, hetzij op vordering van het openbaar ministerie, door den kinderregter voor een bepaalden tijd onder toezicht worden gesteld.

In tegenstelling met de ontzetting of ontheffing, die voor onbepaalden tijd worden uitgesproken, mag de ondertoezichtstelling voor niet langer dan een jaar worden opgelegd:

Art. 373i, B.W.:

De ondertoezichtstelling zal voor niet langer worden bepaald dan gedurende ten hoogste een jaar.

De ondertoezichtstelling eindigt in ieder geval met de meerderjarigheid van het kind.

De duur der ondertoezichtstelling zal door den kinderregter, na verhoor of behoorlijke oproeping van hem, die de ouderlijke magt uitoefent, en van den gezinsvoogd, telkens kunnen worden verlengd met een termijn van ten hoogste een jaar.

Voorloopige ondertoezichtstelling is mogelijk krachtens art. g:

art. 373g, B.W.:

De kinderregter kan, hangende het onderzoek over een verzoek of een vordering tot ondertoezichtstelling het kind voorloopig onder toezigt stellen, totdat de uitspraak omtrent de ondertoezichtstelling kracht van gewijsde heeft verkregen. Tegen deze beschikking is geenerlei voorziening toegelaten.

De taak van den gezinsvoogd is omschreven in art. 373k, zoomede in art. 7 van den Algemeenen Maatregel van Bestuur van 19 Juni 1922, Stbl. no. 402:

art. 373k, B.W.:

De gezinsvoogd is verplicht zooveel mogelijk persoonlijk aanraking te zoeken met het kind en het gezin waartoe het behoort. Hij bevordert alles wat tot het geestelijk, lichamelijk en toekomstig stoffelijk welzijn van het kind kan strekken. Hij geeft aan hem, die de ouderlijke magt uitoefent de noodige aanwijzingen om de opvoeding in de goede rigting te leiden en tracht dezen te overreden vrijwillig te doen wat daartoe noodig is.

Art. 7 Alg. M. v. B. van 19 Juni 1922, Stbl. no. 402:

De gezinsvoogd tracht bij de uitoefening zijner in art. 373k van het Burgerlijk Wetboek omschreven taak een op vertrouwen gegronnen band te leggen zoowel met het kind, als met het gezin, waartoe het behoort. Hij streeft, voor zooveel doenlijk, naar een goede verstandhouding met den wettelijken vertegenwoordiger (ouder of voogd) van het kind.

Verwijdering voor langeren of korteren tijd uit het gezin is mogelijk krachtens art. 273m, B.W.:

De kinderregter kan het onder toezigt gestelde kind voor een tijd van ten hoogste drie maanden op kosten van den Staat in een bij algemeenen maatregel van bestuur aan te wijzen observatiehuis doen opnemen, teneinde zijn geestelijke en lichamelijke gesteldheid te doen onderzoeken.

Een instelling, die nauw verband houdt met de wettelijke kindbescherming, is de voogdijraad. Zijn functie is o.m. de ontzetting, de ontheffing of de ondertoezichtstelling uit te lokken, indien het belang van het kind dat eischt, en den rechter bij zijn besluiten van voorlichting te dienen. De voogdijraad vormt den schakel tusschen de Overheid en de personen, belast met den arbeid voor de verwaarloosde jeugd.

Is het mogelijk het door tuberculose bedreigde kind door middel van de wettelijke kindbescherming te redden?

Laten wij allereerst in dit verband de wet op de ondertoezichtstelling bekijken, omdat deze mogelijkheden biedt welke het minst ingrijpend zijn.

Wanneer wij ons afvragen, hoe in den loop der jaren deze wet in handen van voogdijraad en kinderrechtter gebruikt is geworden, dan geeft Z u i d e r h o f f (1929) hierop in zijn proefschrift een duidelijk antwoord, althans wat de jaren vóór 1929 betreft.

Volgens dezen schrijver is het namelijk gebleken, dat aan de praktijk der ondertoezichtstelling een ruimere toepassing is gegeven dan oorspronkelijk is bedoeld, zoo zelfs, dat ze hier en daar verheven wordt tot een van de voornaamste middelen van den rechter tot bestrijding van de verwaarloozing en de misdadigheid der jeugd. Dit is begrijpelijk, als men let op de woorden der wet: „Indien een kind, *uit welke oorzaak ook*, zoodanig opgroeit, dat het met zedelijken of lichamelijken ondergang bedreigd wordt, kan dat kind . . . onder toezicht worden gesteld”, welke woorden de deur voor een ruime toepassing wijd open zetten. Immers de toestand van bedreigd zijn met ondergang is reeds voldoende, onverschillig of de schuld bij het kind of bij de ouders moet gezocht worden.

Ten aanzien van het standpunt, dat betreffende de toepassing van de wet wordt ingenomen, onderscheidt *Z u i d e r h o f f* onder de juristen twee, evenwel niet volkomen van elkaar te scheiden, groepen, namelijk:

- 1^o. een groep, die de wet eng interpreteert;
- 2^o. een groep, die de wet ruim interpreteert.

Deze enge of ruimere interpretatie zit hoofdzakelijk vast op de vragen, of er al of niet plaatsing buiten het gezin plaats mag hebben; of het geheele gezin of slechts een deel ervan onder toezicht mag worden gesteld en of er verschil gemaakt moet worden tusschen situaties, waarbij de schuld bij het kind en die, waarbij de schuld bij de ouders is gelegen.

Zoo is bijv. *M r. O v e r w a t e r* alleen voorstander van de ondertoezichtstelling, wanneer positief nut van haar kan worden verwacht met behoud van de kinderen in het gezin. Plaatsing buitenshuis acht hij hoogstens geoorloofd voor een enkel kind, niet voor meer kinderen uit hetzelfde gezin.

Ook *M r. B o e l e s*, destijds kinderrechtster te Arnhem, maakt bezwaar tegen de ondertoezichtstelling van meer kinderen uit een gezin, die z.i. uitzondering moet blijven, aangezien de bepalingen der wet den nadruk doen vallen op een bepaald kind.

Volgens *M r. F i c k* moet er geen onderscheid gemaakt worden tusschen ondertoezichtstelling van het kind en die van het gezin. Want steeds heeft de ondertoezichtstelling van het kind mede tot gevolg, dat ook de ouders in meerdere mate onder toezicht worden gesteld; of, wil men liever, dat ook de ouders aan dat door den gezinsvoogd uitgeoefende toezicht zich hebben te storen. Men kan dit ook lezen in art. 373k B.W. Naar de meening van *F i c k* is het werkelijk criterium voor de ondertoezichtstelling dan ook niet of de zoon meer correctie noodig heeft dan de vader, doch of de gezinsvoogd zijn invloed in het gezin zal kunnen doen gelden.

Ook *M r. D e B i e* is de ruimere opvatting over de toepasselijkheid van de gezinsvoogdij toegedaan, getuige zijn openingswoord voor de algemeene vergadering van de Vereeniging voor Strafrechtsspraak te Zeist op 19 November 1927:

„Ongetwijfeld heeft de Wetgever zich voor en bij de totstandkoming van de Wet van 1921 een meer beperkte toepassing gedacht van de den kinderrechters gegeven bevoegdheid tot ondertoezichtstelling van een met lichamelijken of zedelijken ondergang bedreigd kind en van de maatregelen, die daaruit kunnen voortvloeien. De Wetgever heeft de categorie van minderjarigen, die voor ondertoezichtstelling in aanmerking komen, min of meer scherp onderscheiden gedacht van de categorie, die door ontzetting of ontheffing der ouders of voogden voor een langdurige opvoeding buiten het gezin in een ander gezin of inrichting aangewezen scheen.

De practijk is echter, dat bij de misdadige, de verwaarloosde en de gevaarloopende jeugd alle grenzen vervagen, naarmate men het probleem nader treedt; dat er allerlei hindernissen zijn, die soms beletten naar het theoretisch in concreto meest geschikte middel te grijpen. Moet nu de rechter, als hij de werkelijkheid voor zich ziet, waar hulp verleenen dringende eisch is, volstaan met een „hands off” en een verwijzing naar den Wetgever, die dan maar raad moet schaffen, of moet hij, binnen de grenzen der geschreven wet natuurlijk, waarop trouwens de rechter in appèl en die in cassatie wel zullen toezien, de „constructie naar de werkelijkheid richten” en helpen?”

Mr. Feith, de Haagsche kinderrechter, is van meening, dat ondertoezichtstelling van meer of alle kinderen uit een gezin toepassing mag vinden, op grond van het feit, dat in de Wet de ondertoezichtstelling beschouwd wordt als het zwakkere middel tegenover de ontzetting en deze laatste voor meer of alle kinderen uit een gezin toepassing kan vinden.

Ook Mr. De Jongh, de Amsterdamsche kinderrechter, is in den tijd vóór 1929 reeds de ruimere opvatting der ondertoezichtstelling toegegaan.

Mr. Cluysenaar, de Assensche kinderrechter, heeft geen bezwaar tegen een ondertoezichtstelling van meer dan één kind uit hetzelfde gezin. Hij ziet in de ondertoezichtstelling soms de eenige brug om te komen tot een inderdaad hoognoodige ontzetting.

Ook Mr. Z u i d e r h o f f zelf acht de ondertoezichtstelling voor alle typen van jeugdverwaarloozing bruikbaar.

Uit de literatuur uit de jaren na 1929 krijgen we den indruk, dat, hoewel men over het algemeen de meening is toegedaan, dat de gezinsvoogdij niet mag worden tot een panacée der kinderbescherming, de opvatting betreffende de ruime interpretatie der wet terrein wint.

Het lijkt ons van belang de hedendaagsche meening weer te geven van een onzer vooraanstaande kinderrechters, Mr. K n u t t e l, betreffende de grenzen der gezinsvoogdij.

K n u t t e l (1942) legt er vooral den nadruk op, dat bij het bepalen dezer grenzen groote soepelheid geboden is en dat het wenschelijk is deze zoo wijd mogelijk uit te zetten, omdat, waar mogelijk, de reddende hand moet worden uitgestoken en men zoo min mogelijk een kind aan een principe mag offeren.

Wanneer de moeilijkheden liggen bij een kind of enkele meer bepaalde kinderen, wil hij den maatregel uitsluitend beperken tot de betrokkenen. Ligt de oorzaak bij de ouders of is het geheele gezin wrak, dan acht hij het beter het toezicht over alle kinderen uit te strekken.

De gezinsvoogdij is een maatregel ter verbetering der opvoeding. Echter moet in sommige gevallen het terrein der opvoeding worden verlaten en een behandeling worden ingesteld, anders dan een paedagogische, bijv. wanneer op medische, meestal psychiatrische gronden een interneering noodzakelijk wordt geacht. Deze figuur acht K n u t t e l geoorloofd, mits de kinderrechter hierbij groote voorzichtigheid betracht.

Als voorbeeld van een gezinsvoogdij van een dergelijke bijzondere strekking noemt hij een geval, waarbij ondertoezichtstelling werd verzocht, die ten doel had de ouders te dwingen het kind een operatie te doen ondergaan. De kinderrechter weigerde in dezen de ondertoezichtstelling; hij achtte dit een zaak, waarin de ouders zelf moesten beslissen, waarbij inmenging van een gezinsvoogd ongewenscht was. K n u t t e l's standpunt ten opzichte van dit geval is letterlijk het volgende:

„Men treedt hier dus wel buiten het terrein der eigenlijke gezinsvoogdij. Toch zou ik een dergelijke ondertoezichtstelling niet voor alle gevallen geheel uitgesloten kunnen achten. Indien de ziekte, waartegen de operatie hulp brengen moet, ernstig de persoonlijkheid van den minderjarige met ondergang bedreigt en de noodzakelijkheid of wenschelijkheid der operatie zoo duidelijk sprekend is, dat de weigering te beschouwen is als een ernstige opvoedingsfout van onverstandige ouders, dan kan m.i. de gezinsvoogdij hier nog toepassing vinden. Gezinsvoogd en kinderrecht dienen zich dan wel zeer bewust te zijn van hun groote verantwoordelijkheid.”

In de Memorie van Toelichting op het 10 April 1937 ingediende wetsontwerp tot wijziging van het kinderrecht wil de Minister plaatsing buiten het gezin gedoogen in enkele gevallen van ondertoezichtstelling, met de bedoeling, dat daarvan een spaarzaam gebruik wordt gemaakt. Volgens K n u t t e l wordt hier de grens om het gebied der gezinsvoogdij te eng getrokken. Hij ziet in de tijdelijke plaatsing buiten de woning een uitgebreid terrein voor prachtig gezinswerk.

Deze opvatting is in overeenstemming met die van Mr. De Jongh (1944), den voormaligen Amsterdamschen kinderrecht, die bij de beschrijving van een geval van ondertoezichtstelling, waarbij met succes plaatsing buiten het gezin geschiedde, eindigt met de woorden: „Het instituut der gezinsvoogdij had weer eens bewezen, welk een kostelijk wapen het is in handen van hem, die het weet te hanteeren”.

Misschien zal het weergeven van zoovele deskundige meeningen aangaande de toepassing van de Wet op de Ondertoezichtstelling bij menigen lezer den indruk wekken van een eenigszins overbodige uitvoerigheid.

Wij hebben gemeend bij deze niet-medische materie zoo lang te moeten blijven stilstaan, in de eerste plaats, omdat we ons hier begeben op een voor den medicus in het algemeen onbekend terrein; in de tweede plaats om duidelijk te laten uitkomen, dat een zeer soepele toepassing van de wet op de ondertoezichtstelling mogelijk is. Gevallen, waarbij gezinsvoogdij op medische gronden, afgezien van psychiatrische, werd toegepast, zijn ons weinig of niet bekend. (Mr. J. G.

van Loghem vermeldt in haar proefschrift een geval van gezinsvoogdij, omdat de moeder behandeling van een huiduitslag bij haar kind weigerde). Gevallen, waarbij ondertoezichtstelling plaats vond op grond van het voorkomen van besmettingsmogelijkheid bij open tuberculose in een gezin, zijn ons in het geheel niet bekend.

Wij meenen, dat men in juridische kringen over het algemeen te weinig op de hoogte is van de gevaren der longtuberculose en van het belang eener goede preventie. Wij achten het van groot belang, dat op dit gebied medische voorlichting plaats vindt, opdat de jurist doordrongen worde van het groote gevaar voor lichamelijken ondergang, dat menig kind in nauw contact met zijn open-tuberculeuze vader of moeder bedreigt. Gezien de vele mogelijkheden, die de ondertoezichtstelling biedt, dient deze in de toekomst ook toegepast te worden in die gevallen, waarin het minderjarige kind ernstig gevaar loopt tuberculeus geïnfecteerd te worden of gevaar loopt aan een reeds aanwezige tuberculeuze infectie te gronde te gaan.

Om voogdijraad en kinderrechtster de vereischte zekerheid te verschaffen bij het indienen van een verzoek tot gezinsvoogdij, resp. bij het uitspreken van het vonnis, is het noodzakelijk, dat een gezaghebbende deskundige het geval aanbrengt bij den voogdijraad. We stellen ons voor, dat dit dient te geschieden door een Commissie van Advies, die bijv. als leden zou kunnen bevatten den Hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid, den Inspecteur voor de tuberculosebestrijding, den Provincialen Inspecteur en den Consultatiebureauarts uit het betreffende district, alsmede een jurist.

De taak van den gezinsvoogd in dezen is, gelijk in het algemeen, een opvoedende.

Getracht zal moeten worden het inzicht der ouders te verbeteren in zake een hygiënische leefwijze en een goede sputumprophylaxe. We zien hier de taak van den gezinsvoogd dus hoofdzakelijk als een moreelen steun van de huisbezoekster en eventueel van de(n) wel meewerkende(n) ouder. De huisbezoekster tot gezinsvoogdes aan te stellen, lijkt ons niet aanbevelenswaardig, daar de gezinsvoogd beter niet in een nog andere relatie tot het gezin kan staan.

Slaagt de gezinsvoogd, dan is dus verwezenlijkt die wijze van be-

scherming van het object, die we aan het begin van dit hoofdstuk sub 2^o hebben genoemd: wijziging van het contact tusschen bron en object zoo, dat de besmettingsmogelijkheid practisch wordt uitgeschakeld.

Blijkt het, en dit zal in de praktijk dikwijls het geval zijn, dat de situatie geen uitzicht biedt en de gezinsvoogd faalt in zijn pogingen tot verbetering der hygiënische en prophylactische opvoeding, dan zal tot plaatsing buiten het gezin moeten worden overgegaan. Deze plaatsing zal moeilijkheden opleveren, waar wij reeds thans lezen: „de voor de gezinsvoogdij beschikbare middelen, zoowel aan arbeidskrachten als aan gelden en plaatsen in gestichten, huizen en pleeggezinnen, zijn beperkt en moeten uit maatschappelijk oogpunt economisch worden besteed”.

Naast de rijks gelden, die hiervoor beschikbaar worden gesteld, zou misschien financiële steun van de tuberculosebestrijdingsorganen (plaatselijke vereenigingen, Ned. Centrale Vereeniging) kunnen worden aangewend.

Van den lichamelijken toestand van het kind zal het afhangen, of het geplaatst moet worden in een gezin, dan wel in een inrichting. In die gevallen, waarbij de verkeerde handelwijze van de ouders ook omvat het weigeren van sanatoriumbehandeling voor het reeds geïnfecteerde kind, is het zonder meer duidelijk, dat het kind in een sanatorium wordt geplaatst. Dit zal trouwens de gezinsvoogd ook al trachten te bewerkstelligen.

Zal ook de ontzetting, eventueel de ontheffing uit de ouderlijke macht aangewend kunnen worden?

De ontzetting uit de ouderlijke macht is een veel ingrijpender maatregel dan de ondertoezichtstelling, daar zij onmiddellijke, duurzame verwijdering uit het gezin meebrengt, zij het ook, dat de mogelijkheid van herstel bestaat. We zien in enkele van onze gevallen de ontzetting toegepast om verwijdering uit het gezin te bereiken; daarnaast gevallen, waarbij een verzoek tot ontzetting door den rechter werd geweigerd. Wij meenen, dat het bedreigd zijn met tuberculose niet onder de gronden voor ontzetting kan worden gerangschikt, tenzij bovendien algeheele verwaarloozing een factor is.

Ook indien de ondertoezichtstelling op alle mogelijke wijzen mislukt is wegens het niet medewerken van de ouders met den gezinsvoogd, zullen wij in onze gevallen de ontzetting te hulp moeten roepen.

Theoretisch zal soms van de ontheffing uit de ouderlijke macht gebruik kunnen worden gemaakt. Tot ons materiaal behooren bijv. enkele gevallen, waarin vrijwillige verwijdering der kinderen uit het gezin plaats vindt. Deze vrijwillige isolatie houdt echter in, dat de ouders ten allen tijde hun kinderen terug kunnen halen. Een eventueele financiële steun van de Overheid of van een particuliere instantie zou te riskant kunnen zijn, wanneer geen waarborg bestond voor het instandhouden van de eerst toegezegde isolatie. De genoemde instantie zou als waarborg de ouders ontheffing kunnen laten aanvragen gedurende den tijd, die voor de isolatie noodzakelijk zou blijken. Practisch zullen weinig ouders genegen zijn tot een dergelijke vrijwillige, zij het dan tijdelijke, afstand van hun kinderen.

Ten slotte nog een enkel woord over de toepassing der wettelijke kinderbescherming op de tuberculoseprophylaxe in het buitenland. Uit de literatuur zijn ons slechts opgaven bekend betreffende Zwitserland en Duitschland.

Krachtens art. 7 der Zwitsersche tuberculosewet kan een ouder van een kind, dat in een milieu leeft, hetwelk gevaar voor besmetting met tuberculose inhoudt, uit de ouderlijke macht worden ontzet (zie pag. 90).

Iets dergelijks is in Duitschland mogelijk krachtens een bepaling uit het burgerlijk wetboek met betrekking tot ontzetting uit de ouderlijke macht (zie pag. 63).

Bij het beëindigen van dit proefschrift verscheen het rapport van een „Studie-commissie inzake het vraagstuk der onmaatschappelijke gezinnen”.

Nadat uitvoerig het wezen der asociale gezinnen is geschilderd, wordt uiteengezet, hoe men op velerlei wijze heeft getracht op deze asociale gezinnen invloed ten goede uit te oefenen. De oogenschijnlijk ingetreden verbetering, welke door financiële hulp of hulp in natura plaats vindt, is meestal spoedig te niet gedaan, als men bemerkt dat deze

hulp vermindert en eenige prestatie van de gezinsleden zelfven wordt verwacht. Dikwijls heeft men zijn toevlucht genomen tot tijdelijke onttrekking van verschillende gezinsleden aan de slechte sfeer. Ook deze oplossing voldoet niet, omdat het kind na eenigen tijd weer in dezelfde omstandigheden terugkeert en de goede invloed weer ongedaan zal zijn gemaakt. Definitieve verwijdering van het kind uit het gezin is evenmin een ideale oplossing omdat daarbij het gezin uiteen wordt gerukt. Bovendien wordt op deze wijzen niet de oorzaak der verwaarloozing, de asociale instelling van de gezinsleden, aangetast (de schrijvers van het rapport noemen het gezin „ziek”), maar wordt slechts een verschijnsel behandeld.

Van de tijdens de bezetting geëvacueerde gezinnen zijn verschillende asociale gezinnen na de oorlog in de evacuatiekampen achtergebleven. De hier opgedane ervaring wekt de hoop, dat opvoeding en reclasseering van asociale gezinnen inderdaad mogelijk is. De Commissie acht het gewenscht, dat daar, waar het niet gelukt, op de gezinnen een goede invloed uit te oefenen, de mogelijkheid van de toepassing van dwang bestaat. Ze propageert hiervoor de mogelijkheid van wettelijke ondertoezichtstelling van het geheele gezin, nadat tevergeefs reclasseering van het gezin in de vrije maatschappij is betracht.

We hebben den inhoud van bovengenoemd rapport vrij uitvoerig weergegeven, omdat wij meenen, dat de mogelijkheid van ondertoezichtstelling van geheele gezinnen ook voor de tuberculosebestrijding van groot belang kan zijn.

Ofschoon in onze gevallen veelal sprake is van zich tenopzichte der tuberculoseprophylaxe asociaal gedragende personen, zijn er ook gevallen, waar het zondigen tegen de tuberculoseprophylaxe een uiting is van een in elk opzicht asociaal ingestelde levenshouding. Meestal is dan het gezin, waarin de lijder verkeert, in zijn geheel asociaal en is het dus op een lijn te stellen met de door het rapport bedoelde gezinnen. Opvoeding van deze gezinnen zal dan tevens moeten inhouden opvoeding der gezinsleden in de sputumprophylaxe. Van het standpunt der tuberculosebestrijding uit is daarom het voorstel van de Studiecommissie, tot uitbreiding van de wet van 1921, zeer zeker toe te juichen.

HOOFDSTUK X.

Verplichte afzondering.

Opheffing van de besmettingsmogelijkheid door isolatie van de infectiebron (de methode in hoofdstuk VIII sub 1^o genoemd), is, wanneer deze langs vrijwilligen weg niet gelukt, o.m. te verwezenlijken door invoering van een wettelijke bepaling inzake verplichte isolatie.

Om ons standpunt te bepalen ten opzichte van het probleem der verplichte isolatie is het van belang de mogelijkheden en de ervaringen, opgedaan in het buitenland op het gebied der gedwongen afzondering, nader onder oogen te nemen.

Zoowel in Denemarken als in Noorwegen bestaat de mogelijkheid tot isolatie van een open tuberculoselidder tegen zijn wil. De Deensche gezondheidscommissies hebben namelijk de bevoegdheid in te grijpen in gevallen van tuberculose met besmettingsgevaar, als dit bevorderd wordt door den aard van de huisvesting en in geval de voorschriften van de gezondheidscommissie niet worden opgevolgd. De betreffende Noorsche bepaling stemt hiermede vrijwel overeen: indien de voorzitter van de gezondheidscommissie den toestand van den patiënt of zijn huisvesting een gevaar acht met het oog op de verspreiding van de ziekte, zoo kan hij een dergelijk geval in de vergadering van de commissie brengen met de bedoeling de noodige maatregelen te nemen. Wanneer de patiënt of zijn omgeving de voorschriften van de gezondheidscommissie niet nakomen en het daardoor niet mogelijk is de verspreiding van de ziekte tegen te gaan, zoo kan de commissie besluiten den patiënt naar een ziekenhuis te zenden.

In beide landen is het dus mogelijk den patiënt te isoleeren, wanneer ten gevolge van slechte huisvesting infectiegevaar dreigt (waarbij natuurlijk verondersteld moet worden, dat het niet gelukt is den patiënt langs vrijwilligen weg op te nemen). Tevens is gedwongen

isolatie mogelijk in die gevallen, waarin de voorschriften van de gezondheidscommissie niet worden nagekomen, zonder dat er van slechte huisvesting sprake is.

De kracht van de wettelijke bepalingen wordt belangrijk verzwakt door de beperkende zinsneden: „Echtgenooten mogen tegen hun wil niet gescheiden worden” en (krachtens de Deensche wet) „Een zieke mag nooit gedwongen worden tegen zijn wil zijn werkzaamheden op te geven”. In de praktijk zal dit hierop neerkomen, dat gedwongen afzondering bij gehuwden niet voorkomt en dat de wet niet van toepassing is op den chronischen lijder, die nog kan en wil werken.

In Denemarken, zoowel als in Noorwegen, beschouwt men de mogelijkheid wettelijk in te grijpen als een der steunpilaren van de tuberculosebestrijding en wel uitsluitend om haar preventieve werking. In 1937 deelt Heitmann op het Internationale Tuberculosecongres te Lissabon mede, dat men in Noorwegen nog nimmer gedwongen afzondering heeft behoeven toe te passen, doch dat de bepaling geheel functionneert als stok achter de deur.

Zwitserland. In een vergadering der Federale Tuberculosecommissie, gehouden in 1933, werd erop gewezen, dat krachtens art. 3 der Zwitsersche tuberculosewet, hetwelk luidt: „De kantons zorgen voor het nemen van alle maatregelen, die noodzakelijk zijn ter voorkoming van tuberculose”, gedwongen afzondering kan worden toegepast. Van dit artikel gebruik makend, hebben de kantons Glarus (1934), Luzern (1941), Solothurn (1939), Genève (1941) en Vaud (1941) in hun uitvoeringsreglementen bepalingen hieromtrent opgenomen. Zoo is in Vaud gedwongen isolatie mogelijk, wanneer het gedrag van den patiënt of van zijn omgeving van dien aard is, dat er gevaar voor de volksgezondheid dreigt; in Genève, wanneer het gedrag van den patiënt of de omstandigheden, waarin hij leeft, dit noodzakelijk maken.

Het bevel tot afzondering wordt in Vaud gegeven door het Departement van Binnenlandsche Zaken op advies van den Gezondheidsraad, terwijl dit in Genève geschiedt door een bestuursautoriteit, (autorité supérieure) op advies van een geneeskundigen dienst.

Waarschijnlijk bestaan in Zwitserland geen speciale inrichtingen voor opnemng van verplicht geïsoleerden.

Of men gedurende den korten tijd, waarin de bepalingen inzake verplichte isolatie in Zwitserland van kracht zijn (de oudste bepaling dateert van 1934) reeds ervaringen heeft opgedaan op dit gebied, dan wel of ook hier de beteekenis van de maatregelen uitsluitend ligt in hun preventieve werking, is ons niet bekend.

Engeland. In de stad St. Helen bestond, zooals we zagen, sinds 1911 reeds de mogelijkheid een lijder aan open longtuberculose naar een daarvoor geschikte inrichting over te brengen op bevel van den medischen ambtenaar. Ofschoon het systeem, waarbij isolatie gelast kan worden door één persoon, aanvechtbaar is, blijkt toch, dat men van het nut van den maatregel overtuigd was, gezien het feit, dat de verordening tot 1926 telkens voor vijf jaar verlengd werd. In 1926 was verlenging niet meer noodig, omdat bij art. 62 der Public Health Act van 1925 de mogelijkheid van gedwongen isolatie voor geheel Engeland werd ingevoerd.

De opnemng kan krachtens genoemde wet hoogstens voor den tijd van drie maanden geëischt worden. Na afloop van den termijn is echter verlenging mogelijk. Ze moet worden voorgesteld door den Graafschapsraad of door het Stedelijk Bestuur en kan worden uitgesproken door het gerecht in gevallen, waarin een open lijder dusdanig slecht gehuisvest is, dat geen prophylaxe kan worden uitgeoefend en de omgeving gevaar loopt geïnfecteerd te worden. De wet voorziet dus niet in die gevallen, waarin, bij goede huisvesting, de sputumprophylaxe wordt verwaarloosd, maar heeft alleen betrekking op weigering van opnemng door die lijdens, die zoo gehuisvest zijn, dat goede sputumprophylaxe onmogelijk is. Een voorwaarde is verder, dat een ziekenhuis of inrichting aanwezig moet zijn, geschikt voor de opnemng van dergelijke lijdens.

Ook hier blijkt uit de literatuur duidelijk de preventieve kracht, die van den maatregel uitgaat. Zoo deelt in 1932 Mac Nalty mee, dat zelden van art. 62 der Public Health Act 1925 gebruik behoeft te worden gemaakt, omdat de weinige personen, die zich aanvankelijk tegen opnemng verzetten, ten slotte toestemmen, in het besef van de

mogelijkheid eener gedwongen opneming. Ervaringen van gevallen, waarin verplichte isolatie moest worden toegepast, verschaft de Engelse literatuur ons dan ook niet.

In Ierland is in 1946 een wetsontwerp aanhangig gemaakt, dat de mogelijkheid van verplichte isolatie inhoudt. Het ontwerp ademt evenwel, gezien zijn verstrekkende maatregelen van verplicht contact-onderzoek enz., een anderen geest dan dien, welke past in het kader van een, naar onze meening, ideale tuberculosebestrijding.

Ook in de Vereenigde Staten van Noord-Amerika bestaan in vele staten en steden wettelijke bepalingen betreffende verplichte isolatie. Tevoren wordt evenwel, op waarlijk Amerikaansche wijze, geen moeite gespaard om de besmettelijke tuberculoselijders tot vrijwillige medewerking te krijgen. Het blijkt hierbij veelal, dat het bestaan van wettelijke bepalingen en een isolatieinrichting voldoende zijn om de tegenstribbelende patiënten tot het opvolgen van de gegeven adviezen te bewegen. We zien dus ook hier weer de preventieve kracht, welke van de bepalingen uitgaat.

We constateeren derhalve, dat in bovengenoemde landen de waarde der wettelijke maatregelen inzake de verplichte isolatie in de eerste plaats gelegen is in hun preventieve werking. Ervaringen over werkelijk toegepaste gedwongene opneming in een inrichting staan ons van geen der landen ten dienste.

Evenmin is dit het geval met de Duitsche staten Lippe-Detmold, Anhalt en Mecklenburg-Schwerin, wier tuberculose- of besmettelijke ziekte wetten, resp. dateerend van 1920, 1927 en 1924, bepalingen bevatten betreffende gedwongen isolatie.

Het Saargebied en Thüringen daarentegen zijn de staten, waar de verplichte isolatie toepassing heeft gevonden.

Sedert 31 October 1923 bestaat in het Saargebied een wettelijke bepaling, welke gedwongen isolatie mogelijk maakt van open lijders, die de gegeven adviezen van consultatiebureau-arts of behandelenden arts niet opvolgen, zoomede van die lijders, die door den wil van hun familieleden verhinderd worden dit te doen.

F. Kreuser en H. Deuster hebben in 1927 een onderzoek

ingesteld naar het praktische resultaat van deze bepaling. Sedert de invoering was de gedwongen isolatie 30 maal toegepast. Naar de reden van opneming worden deze gevallen als volgt ingedeeld:

- a. besmettingsgevaar in het gezin door ongunstige sociale omstandigheden 6
- b. besmettingsgevaar in het gezin door kwaadwilligheid .. 9
- c. besmettingsgevaar buiten het gezin door lichtzinnig leven (dronkaards, prostituée's enz.)..... 9
- d. gemis aan huiselijke verzorging 5
- e. wegens een weerzinwekkende ziekte (lupus) 1

In 17 van deze 30 gevallen kan, van het standpunt der tuberculoseprophylaxe uit van een goed resultaat worden gesproken, omdat de besmettelijke lijder niet weer als zoodanig in de samenleving terugkeert. Hierbij worden ook gerekend de 10 patiënten, die in de inrichting zijn overleden.

In de overige 13 gevallen keert de bron wel in de samenleving terug. Voor deze gevallen heeft de isolatie dus niet aan het doel beantwoord of wel, ze is mislukt.

Het volgende staatje geeft hiervan een overzicht:

gedurende de isolatie of kort daarna gestorven:	klinisch genezen ontslagen:	verbeterd ontslagen (sociaal geworden):	succes:
10	5	2	17

disciplinair ontslagen:	ontvlucht:	ontvoerd:	mislukt:
1	11	1	13

Het is begrijpelijk, dat de schrijvers met dit resultaat niet bijster tevreden zijn. Ze komen tot de conclusie, dat naast de wettelijke mogelijkheid van ingrijpen een practische mogelijkheid van opneming moet bestaan, m.a.w., dat er een geschikte inrichting ter opneming aanwezig moet zijn. (Tot nu toe geschiedde de isolatie namelijk in een tuberculoseziekenhuis.) Het contact tusschen deze inrichting en het consultatiebureau dient zeer nauw te zijn, terwijl de patiënt na zijn ontslag onder strenge contrôle van het consultatiebureau moet blijven.

L a n d a u geeft in 1930, naar aanleiding van het artikel van K r e u s e r en D e u s t e r als zijn meening te kennen, dat verplichte isolatie in gewone ziekenhuizen niet is aan te bevelen, daar deze inrichtingen niet op dergelijke patiënten zijn ingesteld. Hij acht het daarom aanbevelingswaardig districtsgewijs inrichtingen voor dit doel te stichten. Ook denkt hij aan de mogelijkheid, afdeelingen van algemeen ziekenhuizen hiervoor in te richten. Wil ook in een dergelijke inrichting de asociale tuberculoselidjer niet naar rede luisteren, dan zou hij op de afdeeling voor tuberculoselijders van een gevangenis moeten kunnen worden opgenomen.

D i e t l e n deelt op de „Deutsche Tuberkulose Tagung” van 1935 zijne ervaringen mede betreffende een aantal patiënten, die gedwongen opgenomen zijn. Deze patiënten zijn verpleegd in hetzelfde ziekenhuis als die, waarover K r e u s e r en D e u s t e r in 1927 berichtten.

In zijn inrichting komen op 60 of 70 patiënten doorlopend 2 à 3 gedwongen geïsoleerden voor. Vaak zijn het oude menschen met een verouderde kwaal, die, eenmaal opgenomen, gemakkelijk in hun lot berusten. Vaak ook zijn ze opstandig en vormen ze een „insubordinatiecel” tegenover de andere patiënten. De eenige strafmaatregel, die men op dergelijke menschen zou kunnen toepassen is disciplinair ontslag en dit werkt juist de gedwongen afzondering tegen. Daarom is volgens D i e t l e n isolatie in een aparte inrichting volstrekt noodzakelijk.

Thüringen is het eerste land, dat een inrichting opent (te Stadtroda) tot opneming van die tuberculoselijders, die krachtens de wet op de besmettelijke ziekten van 1931 voor gedwongen isolatie in aanmerking komen.

Op de inrichting als zoodanig komen we in verband met de karakterologie der asociale tuberculoselijders nader terug. Te dezer plaatse willen we alleen de beteekenis dezer inrichting voor de tuberculosebestrijding beschouwen.

In Juni 1935 deelt Heisig, de districtstuberculose-arts van Stadtroda, op het tuberculosecongres gehouden te Kreutznach, de volgende resultaten, verkregen in Stadtroda, mede:

Sedert de opening die plaats vond op 31 October 1934, zijn tot 11 Mei 1935 in het geheel 72 patiënten opgenomen. Van deze vertoefden er in Mei 1935 nog 45 in de inrichting. 11 zijn ontslagen, 11 zijn overleden, terwijl er 5 zijn ontvlucht, van welke er 2 weer zijn binnengebracht. De drie andere konden niet meer achterhaald worden, omdat ze kans zagen de landsgrenzen te overschrijden.

Van de 11 ontslagenen was een deel zooveel verbeterd, dat geen bacillen meer werden uitgescheiden; een deel was door opvoeding in de inrichting weer „sociaal” geworden, terwijl van de overigen de huiselijke omstandigheden verbeterd waren.

We zien hier dus duidelijk een verschil met de resultaten van Kreuser en Deuster. Daar waren op de 30 patiënten 13 als mislukt te beschouwen, terwijl Heisig op 72 patiënten slechts 3 mislukten boekt.

Heisig deelt voorts nog mede, dat een enquête, gehouden onder de tuberculose-artsen in Thüringen heeft duidelijk gemaakt, dat deze over het algemeen zeer met Stadtroda zijn ingenomen, daar niet alleen de wettelijke bepaling, doch ook het bestaan van de inrichting preventief werkt.

In 1940 stelt Asschenbrenner een onderzoek in naar de resultaten van de verpleging in Stadtroda. Van de eerste 200 patiënten werd het gedrag na het ontslag nagegaan. 155 antwoorden kwamen binnen. Van deze waren ruim 100 van waarde voor het onderzoek. 73 van deze 100 (49 mannen en 24 vrouwen) gedroegen zich normaal; bij 14 was verbetering waar te nemen, doch was herhaalde waarschuwing noodzakelijk (11 mannen en 3 vrouwen), terwijl bij 14 patiënten (10 mannen en 4 vrouwen) het verblijf in Stadtroda geen succes had opgeleverd.

Ook Asschenbrenner acht de beteekenis van de inrichting in de eerste plaats van preventieve waarde.

Na 1 December 1938 wordt in geheel Duitschland de mogelijkheid van verplichte isolatie van kracht. Het aantal speciale inrichtingen stijgt dan tot 18.

Hoewel in Nederland de verplichte isolatie niet in praktijk is gebracht, is het vraagstuk hier te lande toch herhaalde malen onderwerp van bespreking en beschouwing geweest. Zoo maakt het deel uit van het reeds eerder genoemde Rapport der Staatscommissie van 1922. De meerderheid der leden acht den maatregel der verplichte isolatie te draconisch om ingevoerd te worden, in de eerste plaats, omdat de toepassing van gedwongen isolatie indruischt tegen het Nederlandsche volkskarakter. In verband hiermede herinneren we aan de opmerking van Heitmann (1937), hoe de invoering van de Noorsche tuberculosewet in 1900 aanvankelijk op veel tegenkanting stuitte van de zijde van het publiek en van den arts, met name de artikelen, die betrekking hebben op de verplichte aangifte en de verplichte isolatie. Toen echter na eenige jaren bleek, dat de wet met voldoende soepelheid en discretie werd toegepast, verdween de oppositie en werd de wet spoedig populair. Hetzelfde vermeldt Landau (1930) aangaande de invoering van verplichte isolatie in den staat Illinois.

De goede resultaten der gedwongen afzondering in Thüringen mogen dan al geen waarborg zijn voor een goede ontvangst van een wet op de verplichte isolatie in ons land, het feit, dat ze in democratische landen, als Amerika, Scandinavië, Zwitserland en Engeland, met succes is ingevoerd, doet de meening postvatten, dat ook het Nederlandsche volk de verplichte isolatie op den duur wel zal dulden.

De Staatscommissie acht voorts het isoleeren van rondloopende tuberculoselidder te vergelijken met het brengen van dezulken naar een strafkolonie. Reeds eerder wezen wij erop, dat het toepassen van wettelijke maatregelen, welke ze ook mogen zijn, niet bedoeld mag wezen als strafmaatregel, doch dat ze ten doel moeten hebben opvoeding van den patiënt. Een inrichting voor gedwongen isolatie mag daarom nooit als strafkolonie beschouwd worden.

Tenslotte meent de Commissie, dat verplichte isolatie praktisch onuitvoerbaar is wegens het groote aantal patiënten. Zooals reeds herhaaldelijk werd opgemerkt, moet het nut van een maatregel op dit gebied worden gezien in de preventieve werking, die ervan uitgaat en zullen verplichte isoleering tot de uitzonderingen moeten worden gerekend. De ervaringen in het buitenland bevestigen dit.

De minderheid van de leden der Staatscommissie is van meening, dat de mogelijkheid van verplichte isolatie een heilzamen invloed zal uitoefenen op asociale tuberculoselijders, omdat ze zal werken als stok achter de deur.

Het probleem der afzondering van asociale tuberculoselijders wordt door Eijkel in 1940 veelzijdig belicht. Zijn conclusies zijn:

1. De arts en de huisbezoekster trachten tot het uiterste met veel tact en met heel veel geduld hem (den asociale open lijder) tot beter inzicht te brengen en hem te bewegen de noodig geachte maatregelen toe te passen. Tenslotte kan men dreigen met gedwongen afzondering, wanneer deze door een wettelijke regeling mogelijk zou zijn geworden.

2. Bij blijvende onwilligheid verzuime men niet na te gaan, of een psychisch defect hiervan de oorzaak kan zijn. Bij zekerheid hieromtrent, zoowel als bij twijfel, verdient het alle aanbeveling het geval aan een psychiater ter beoordeeling voor te leggen. De mogelijkheid kan bestaan, dat op psychiatrische gronden een afzondering noodzakelijk blijkt.

3. Indien alle pogingen ten eenen male vergeefsch blijken te zijn, verzoeken men den burgemeester den maatregel van afzondering op den lijder toe te passen.

Ook P u t t o (1940) voelt voor het invoeren van gedwongen afzondering, mits deze maatregel met alle mogelijke waarborgen wordt omringd. Hij waarschuwt terecht tegen het zonder meer overnemen van buitenlandsche maatregelen, daar de omstandigheden, zeden en gewoonten in het buitenland anders kunnen zijn dan in ons land. Zoo zouden bijv. in Nederland minder open tuberculoselijders voorkomen dan in Duitschland, omdat dit land den langen verpleegduur

in sanatoria niet kent. Hiertegen moet worden opgemerkt, dat deze langere sanatoriumverpleging den „asocialen” in het algemeen niet ten goede zal komen, omdat juist het meerendeel van deze categorie lijdens sanatoriumopneming weigert.

Griep (1940) is van meening, dat wettelijke maatregelen het vertrouwen van het publiek in het consultatiebureau zouden kunnen ondermijnen. Bovendien zou het, aldus Griep, moeilijk zijn om te bewijzen, dat de patiënt zich voor zijn omgeving niet in acht neemt.

Op het eerste bezwaar van Griep komen we in hoofdstuk XII terug. Wat het tweede bezwaar betreft, we geven volmondig toe, dat de waardeering van de mate der sputumprophylaxe, de indeeling dus in voldoende -, onvoldoende - en geen sputumprophylaxe, dikwijls op moeilijkheden zal stuiten. Toch meenen wij, dat geregeld huisbezoek, door de plaatselijke huisbezoekster verricht en door de districtshuisbezoekster gecontroleerd, voldoende grond geeft om te bewijzen, dat een patiënt zich voor zijn omgeving niet in acht neemt. Het feit, dat de huisbezoekster en niet de arts in dezen het oordeel velt, is niet een argument voor de opvatting, dat een dergelijk oordeel geen rechtsbasis heeft (Burger). Het diploma van huisbezoekster en districtshuisbezoekster en de ervaring van de laatste zijn waarborg, dat dit oordeel niet op losse gronden rust. Inderdaad is, zooals Griep betoogt, tijd nodig om te weten te komen, of de patiënt de raadgevingen opvolgt en inderdaad kan in dien tijd reeds een besmetting zijn opgetreden. Dit neemt niet weg, dat de besmettingsmogelijkheid blijft bestaan en dat het toepassen van wettelijke maatregelen verdere ongelukken kan voorkomen.

Griep vraagt zich af, of er geen mogelijkheid zou bestaan menschen, die de sanatoriumkuur ontijdig afbreken, te dwingen deze af te maken. Wij meenen, dat een op den achtergrond staande mogelijkheid van gedwongen isolatie deze „zwakke broeders” vaak zal weerhouden van ontijdig vertrek.

Muntendam (1941) beschrijft in een klinische les de gevolgen van het in den wind slaan der adviezen door enkele onwillige open tuberculoslijders en komt tot de volgende conclusie: „Deze gevallen geven blijk van een asociale levenshouding. Men moet trachten deze

menschen tot rede te brengen, doch, indien dit niet gelukt, is het in het belang der gemeenschap, zoowel als van den patiënt zelf, dat afzondering in een behandelingsinrichting gedwongen kan plaats hebben. De mogelijkheid van dwang kan reeds preventief werken en een deel der onwilligen er alsnog toe brengen zich vrijwillig te laten opnemen. De organisatie der tuberculosebestrijding is reeds te vast geworteld en heeft te veel opvoedend werk gedaan, dan dat dwang, in uitzonderingsgevallen toegepast, haar populariteit zal schaden."

Uit het jaarverslag der Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid van 1941 blijkt, dat onder de Inspecteurs der Volksgezondheid voor- en tegenstanders inzake de verplichte isolatie zijn.

Als in 1942 het vraagstuk in de tuberculosecommissie van den Gezondheidsraad wordt besproken, komt men niet tot een definitief besluit. Wel is men het erover eens, dat er, zoo men tot het invoeren van wettelijke maatregelen wil overgaan, een inrichting voor isolatie van open lijdens aanwezig moet zijn.

Aan het slot van het in 1944 verschenen Rapport omtrent de tuberculosebestrijding in Noord-Brabant zet Burger zijn standpunt betreffende de invoering van de mogelijkheid tot verplichte isolatie uiteen. Een beschouwing van dit standpunt geschiedde voor een deel reeds in hoofdstuk VII naar aanleiding van het voor en tegen van wettelijke maatregelen in het algemeen. Met betrekking tot de verplichte isolatie zouden we naar aanleiding van het artikel van Burger nog het volgende willen opmerken.

Burger acht in bepaalde gevallen maatregelen volkomen gemotiveerd en is dan ook in principe voorstander van dwangmaatregelen, hetgeen ook tot uiting komt in zijn voordracht, gehouden in de vergadering der tuberculose-studiecommissie te Utrecht op 22 Nov. 1941. Echter is zijn slotconclusie: „In naam van de tuberculosebestrijding, zooals die thans is en zooals deze zich in de toekomst in ons land kan ontwikkelen, is de te nemen maatregel, naar mijn meening, onevenwichtig en inopportuun."

Een van de argumenten, die hem tot deze conclusie voert, is deze, dat bij de acute infectieziekten de te nemen maatregelen herhaaldelijk oorzaak zijn geweest van het verzwijgen der infectiebronnen. Op

grond hiervan vreest Burger, dat het aantal ongecontroleerde infectiebronnen door de te nemen dwangmaatregelen niet zal verminderen, mogelijk zelfs zal toenemen.

Welke de gronden van het verzaken van den plicht tot aangifte ook mogen zijn, wij gelooven niet, dat deze zijn gelegen in de vrees voor de erop volgende maatregelen. Immers ook thans, nu het aangeven der besmettelijke ziekten alleen ten doel heeft het verkrijgen van epidemiologische gegevens en niet het toepassen van wettelijke maatregelen (krachtens art. 4.1 der wet op de besmettelijke ziekten is het de behandelende geneeskundige, welke maatregelen voorschrijft om uitbreiding der ziekte te weren), geschiedt het aangeven nog zeer ten deele. Een schrijven van den Geneeskundigen Inspecteur voor de volksgezondheid voor Groningen, Friesland en Drente van 21 November 1945 aan de artsen laat dit duidelijk uitkomen. Hierin wordt namelijk gewezen op den grooten omvang, die de diphtherieëpidemie heeft bereikt. Toegevoegd wordt de opmerking: „Ongetwijfeld zou deze een nog grooter beeld vertoonen, indien de aangifte op voldoende wijze was geschied”.

Wij vreezen dan ook niet, dat, indien de mogelijkheid van gedwongen isolatie gegeven is, de conscientieuze huisarts zich daardoor zal laten weerhouden te pogen den patiënt naar het consultatiebureau te zenden. Integendeel, we gelooven, dat deze mogelijkheid den huisarts menigmaal tot steun kan zijn bij zijn pogingen den onwilligen patiënt tot medewerking aan te sporen, daar zij als een stok achter de deur op den achtergrond zal staan. De huisarts, die de maatregelen vreest, welke eventueel kunnen volgen, wanneer (door zijn toedoen) de patiënt eenmaal op het consultatiebureau bekend is, geeft blijk, niet van de beteekenis eener goede tuberculosebestrijding te zijn doordrongen.

Krachtens art. 6.1 van de wet op de besmettelijke ziekten kan de Burgemeester, na advies van den Inspecteur, een persoon, van wien door onderzoek is komen vast te staan, dat hij gevaar oplevert voor verspreiding van een der ziekten febris typhoidea, paratyphus, dysenterie of diphtherie, verbieden, dat hij werkzaam is of blijft in een beroep of bedrijf, dat bevorderlijk is voor de verspreiding van die ziekte. Dit houdt dus in, dat bijv. een typhusbacillendrager geweerd kan worden

uit een beroep of bedrijf, dat met de voedselvoorziening in verband staat.

Het wetsartikel is vergelijkbaar met art. 2.1 van de wet van 7 December 1934, hetwelk den tuberculeuzen onderwijzer verbiedt werkzaam te zijn in inrichtingen van onderwijs.

Naast wering uit beroep of bedrijf is, theoretisch althans, gedwongen afzondering mogelijk van den typhusbacillendrager krachtens art. 5.1 van de besmettelijke ziekten-wet van 1928: „Hij, die naar het oordeel van den Inspecteur gevaar oplevert voor overbrenging van of verdacht moet worden te lijden aan een besmettelijke ziekte van groep A, kan door den burgemeester op advies van dien inspecteur, onderworpen worden aan maatregelen van afzondering, waarneming, toezicht en onderzoek. De Inspecteur deelt in zijn advies de feiten mede, waarop het steunt. Het bepaalde in de beide vorige zinsneden vindt tot wering van een besmettelijke ziekte van groep B overeenkomstige toepassing, indien naar het oordeel van den inspecteur de verspreiding van die ziekte in bijzondere mate dreigt voort te gaan.”

Waar de Wet de mogelijkheid opent den tuberculoselijder uit een bepaald beroep te weren en hem dus, wat dit betreft, op een lijn stelt met den typhusbacillendrager, vragen wij, of voor den tuberculoselijder, die een gevaar voor zijn omgeving oplevert, niet gedwongen afzondering mogelijk mag zijn, gelijk dit voor den typhusbacillendrager theoretisch het geval is.

Wij meenen, dat wij geen doorslaggevende argumenten hebben ontmoet, die tegen de verplichte isolatie pleiten. Integendeel, wij gelooven, dat ze, mits een inrichting ten dienste staat, in zeer bepaalde gevallen is geoorloofd.

Om zich een meening te vormen over de soort van inrichting, waarin de tuberculoselijder, die voor verplichte isolatie in aanmerking komt, moet worden ondergebracht is, het van belang de beweegreden van zijn handelwijze te begrijpen, m.a.w. zich een inzicht te vormen in het karakter van den patiënt.

Met behulp van de gegevens uit onze gevallen kunnen we ons dienaangaande wel een oppervlakkig oordeel vormen, waar we lezen: patiënt heeft geen ziekteinzicht; patiënt is onverschillig; patiënt is een

querulant; patiënt handelt zoo, uit angst voor zijn bedrijf enz. Een wetenschappelijk gefundeerde klassificatie van de karakters zou echter alleen maar mogelijk zijn na observatie van den patiënt door een psychiater.

Nederlandsche schrijvers, die zich tot taak gesteld hebben de karakters der tuberculoselijders, die een gevaar voor hun omgeving zijn, te ontleden, zijn ons niet bekend. Zij, die het probleem der verplichte isolatie behandelen, spreken over het „asociale gedrag” of de „asociale levenshouding” zonder meer. Op het karakter der lijders gaan ze niet in. Een der leden van de tuberculosecommissie uit den Gezondheidsraad geeft bij de bespreking van het probleem der asociale tuberculoselijders (zie Verslagen en Mededeelingen betreffende de Volksgezondheid 1943, pag. 732) een indeeling, gezien vanuit het standpunt van een sanatoriumarts. Een eigenlijke karakterologie is dit niet.

Uitteraard zijn we voor dit vraagstuk aangewezen op de Duitsche literatuur, aangezien Duitschland het eenige land is, waar verplichte isolatie is toegepast in speciaal voor dit doel bestemde inrichtingen en hier dus de gelegenheid gegeven wordt studie te maken van de karakters der patiënten, opgenomen in een dergelijke inrichting.

Boening (1935), destijds directeur van de inrichting voor asociale tuberculoselijders te Stadtroda, heeft een karakterologische studie gemaakt van de in deze inrichting opgenomen patiënten. (Tuberculoselijders, die tengevolge van een psychische afwijking een gevaar voor hun omgeving zijn, worden in deze inrichting niet opgenomen).

Boening rangschikt zijn patiënten in twee groepen:

- 1°. de vóór de ziekte reeds psychopatische karakters;
- 2°. de vóór de ziekte normaal reagerende personen.

Tot de sub 1°. genoemde groep behooren zoowel die psychopathen, die blind zijn voor de belangen van de gemeenschap en zich ten opzichte van deze passief gedragen, als die, welke vijandig ten opzichte van de gemeenschap zijn ingesteld, de agressieven en querulanten. Rössler (1935) spreekt in dit verband van a- en anti-socialen.

De sub 2°. genoemde groep omvat die tuberculoselijders die, voor ze ziek werden een normale instelling hadden ten opzichte van de

gemeenschap en dus als sociaal voelende mensen moeten worden gekwalificeerd. Hun karakter is echter zoodanig, dat ze de situatie, door de ziekte geschapen, niet kunnen verwerken, waardoor ze een asociale instelling krijgen ten opzichte van hun ziekte.

Wordt een dergelijk persoon door de ziekte aangetast, dan reageert hij gewoonlijk in den aanvang normaal en volgt hij geheel de adviezen van den consultatiebureau-arts op. Is het acute stadium voorbij, dan voelt hij zich hersteld, vooral ook door de opgewekte stemming, die zoo kenmerkend is voor den tuberculoselijder. De arts, die het tegen-gestelde beweert, wordt als pessimist gekwalificeerd en de in den aan-vang medewerkende patiënt verandert in een tegenwerkende; een, volgens B o e n i n g, verklaarbare reactie van iemand, die te midden van zijn gezin in het volle leven staande, zijn werk en zijn idealen op moet geven. Niet iedereen zal in dergelijke gevallen den heldenmoed bezitten de ontvangen adviezen te blijven opvolgen.

Zij, die de kracht daartoe niet bezitten, worden asociaal, wat de tuberculoseprophylaxe betreft. Met opvoeding is bij deze patiënten nog veel te bereiken.

K l o o s, eveneens verbonden aan de inrichting te Stadtroda, geeft in 1942 de volgende indeeling:

1. Patiënten zonder ziekteinzicht. Het zijn meestal mensen met een licht en langzaam verlopend proces, die gelooven, dat de arts de ziekte te zwaar inziet. Deels is drang tot zelfhandhaving, deels gebrek aan intelligentie de primaire oorzaak. Deze groep is niet kwaadaardig ten opzichte van haar omgeving ingesteld, zelfs zijn het dikwijls sterk sociaal voelende mensen, bijv. een huismoeder, die tengevolge van de zorg voor het gezin weigert opgenomen te worden.
2. De lichtzinnigen. Ze zijn er zich van bewust, dat ze infectieus zijn, maar onderschatten de infectiekansen. Ze vleien zich met de hoop, dat het alles best zal meevallen. Deze lichtzinnigheid uit zich vaak in het wegvloopen uit het sanatorium.
3. De onbeheerschten. Ze beginnen de kuur, doch voltooiën deze niet, omdat ze in opstand komen tegen het voortdurend opgesloten zijn.
4. De kwaadwilligen, de asocialen in eigenlijken zin. Het zijn de

mensen, die vóór hun ziekte reeds asociaal waren. Het gedrag tijdens de ziekte is slechts een uiting van hun asociale instelling ten opzichte van de maatschappij. Tot deze groep behooren bedelaars, dronkaards, misdadigers, prostituee's, souteneurs en voorts mensen, die uit jalousie hun omgeving bewust gaan besmetten. Een groot deel van deze groep is psychisch abnormaal en behoort thuis in een psychiatrische inrichting.

Deze indeeling komt in groote trekken met die van Boening overeen. Groep 1 van Boening omvat groep 4 van Kloos in zooverre, dat in deze laatste groep ook nog de patiënten met psychiatrische afwijkingen zijn ondergebracht. De eerste drie groepen van Kloos vallen ongeveer samen met groep 1 van Boening.

Ofschoon, zooals we reeds eerder opmerkten, onze gevallen niet genoeg gegevens bevatten om ze op bovenstaande wijze te kunnen indeelen, zijn er toch onder, die we met vrij veel zekerheid zouden kunnen rangschikken onder een der groepen van Boening of Kloos. Wel staat vast, dat in onze gevallen de echte a- en anti-socialen (groep 1 van Boening) een minderheid vormen en dat de meerderheid bestaat uit patiënten, die enkel asociaal zijn wat de tuberculoseprophylaxe betreft.

In welke inrichting moeten de asociale tuberculoselidiers worden ondergebracht?

Vooropgesteld zij, dat een sanatorium niet in aanmerking komt, daar de behandelingswijze hier niet op dwang is ingesteld.

Alvorens de patiënt geplaatst wordt, dient observatie door een psychiater te geschieden om uit te maken of eventueel het asociale gedrag op een beginnende psychiatrische afwijking berust. Dergelijke gevallen behooren uit hoofde van deze afwijking in een psychiatrische inrichting geplaatst te worden.

Ook de patiënten uit groep 1 van Boening (de a- en anti-socialen) behooren naar onze meening in een psychiatrische inrichting thuis. Hoewel psychische therapie met daaraan verbondene antituberculeuze opvoeding, welke toch naast de isolatie als zoodanig, het doel is van het opnemen van asociale tuberculoselidiers, weinig effect zal hebben, behooren ze onder de voortdurende hoede van een psychiater

te staan. Voor de antisocialen onder hen, de kwaadwilligen dus, zal strenger toezicht noodig zijn dan voor de asocialen.

De patiënten uit groep 2 van Boening, uit welke dus de meerderheid van onze gevallen bestaat, hebben naast de behandeling van hun eigenlijke ziekte, psychischen steun van den psychiater noodig, waarbij tevens een belangrijke plaats moet worden ingeruimd voor de antituberculeuze opvoeding.

Voor deze groep zou een afzonderlijke inrichting gesticht kunnen worden, bijv. in het centrum des lands. Aan het hoofd zou een psychiater moeten staan, terwijl een tuberculose-arts geregeld in consult kwam.

Omdat we echter niet weten, of, gezien de preventieve werking, die we van een maatregel inzake verplichte isolatie verwachten, het aantal lijders, dat voor opneming in aanmerking komt, groot zal zijn, zouden we aanvankelijk een afzonderlijke vleugel van een psychiatrische inrichting, liefst in het centrum des lands gelegen, voor dit doel willen inrichten. Verschillende inrichtingen voor geesteszieken hebben afzonderlijke tuberculoseafdeelingen; overwogen zou kunnen worden een aantal bedden van deze afdeeling voor asociale tuberculoselijders beschikbaar te stellen.

De practische toepassing van een eventueele wet op de verplichte isolatie denken we ons als volgt:

Komt, naar de meening van den consultatiebureau-arts of van den huisarts een patiënt in aanmerking voor verplichte isolatie, zoo doet de betreffende arts hiervan mededeeling aan de Commissie van Advies, genoemd op pag. 259 van dit proefschrift, welke tevens is betrokken bij de ondertoezichtstelling.

Is deze Commissie van oordeel, dat ingrijpen noodzakelijk is, dan legt ze het geval aan den rechter voor. Na uitspraak van het vonnis wordt den Burgemeester de practische uitvoering van de verplichte isolatie geadviseerd.

Om tot isolatie te kunnen verplichten is het tot stand komen van een wet noodzakelijk, daar verplicht isoleeren vrijheidsberooving beteekent en volgens art. 164 van de Nederlandsche Grondwet buiten gevallen in de wet genoemd, niemand in „hechtenis” mag worden genomen.

Het wetsartikel zou als volgt kunnen luiden:

„De lijder aan open tuberculose (of zoodanige tuberculose, welke in dezelfde mate gevaar voor besmetting oplevert), die is gebleken in veelvuldige aanraking te komen met personen, die een gevoelig object voor zoodanige besmetting opleveren, terwijl mede blijkt, dat hij onwillig of onmachtig is, zoodanige leef- of gedragsregels te volgen, als geëigend zijn om bedoeld besmettingsgevaar te voorkomen en te keeren, kan op voorstel van een daartoe ingestelde commissie worden voorgedragen voor gedwongen isolatie.”

Deze isolatie zou dan kunnen plaatsvinden in daartoe, hetzij door de Kroon, hetzij door het Ministerie van Sociale Zaken met name aangewezen inrichtingen. De duur zou bij een veroordeeling niet langer dan drie maanden mogen bedragen.

HOOFDSTUK XI.

Wijze van aangifte der patiënten.

In de twee voorafgaande hoofdstukken maakten we gewag van de Commissie van Advies, het lichaam, bij hetwelk de aangifte van tuberculoselijders, die naar het oordeel van consultatiebureau-arts of huisarts in aanmerking komen voor wettelijke maatregelen, zou moeten plaats vinden.

Dient deze aangifte vrijwillig, dan wel verplicht te geschieden?

Deze vraag voert ons op het terrein der verplichte aangifte van tuberculose, een onderwerp, waarover van den aanvang der tuberculosebestrijding af, veel en hevig is gediscussieerd.

Een overzicht der tuberculosebestrijding in het buitenland, waarin uitvoerig de maatregelen der verplichte aangifte werden besproken, leert ons, dat deze in den beginne vooral werden ingevoerd met het doel hierop desinfectie van de woning en van de omgeving van den lijder te laten volgen. De aangifte uit latere jaren beoogde op de hoogte te komen van de verspreiding der infectiebronnen en het nemen van prophylactische maatregelen. Vandaar in het begin dezer eeuw invoering der verplichte aangifte van sterfgevallen en ziektegevallen alleen bij verhuizing, in latere jaren daarnevens invoering van verplichte aangifte van ziektegevallen in al hun schakeeringen.

Sprekende voorbeelden van dezen gang van zaken zien we in Duitschland, in de Scandinavische landen, in Zwitserland.

Opvallend is, dat in Frankrijk, waar de tuberculosebestrijding zich betrekkelijk laat heeft ontwikkeld, Grancher reeds in 1898 de verplichte aangifte beschouwde als het middel om prophylactische maatregelen te nemen. Zijn uitspraak, dat verplichte aangifte pas dan kan worden ingevoerd, wanneer het publiek het wezen der tuberculose en de beteekenis eener goede prophylaxe begrijpt, wijst hierop en

stemt volkomen overeen met de opvatting van den Belgischen hygienist G e n g o u (1945), bijna een halve eeuw later, dat de verplichte aangifte goede diensten kan bewijzen, mits zij is voorafgegaan door de antituberculeuze opvoeding van de bevolking.

Als in 1921 de tuberculosecommissie uit den Gezondheidsraad door de Regeering de vraag gesteld krijgt, of invoering van verplichte aangifte gewenscht is, is ook in Nederland het vraagstuk der verplichte aangifte reeds herhaalde malen ter sprake gekomen. We verwijzen hiervoor naar hoofdstuk III.

De Gezondheidsraad, hoewel in principe voor verplichte aangifte, acht op dat moment invoering ervan nog niet wenschelijk, omdat de ophanden zijnde reorganisatie der tuberculosebestrijding misschien de verplichte aangifte in de toekomst overbodig zal maken. De reorganisatie, welke in hoofdzaak de oprichting van districtsconsultatiebureaudiensten behelst, heeft inderdaad bereikt, dat de opsporing van infectiebronnen op geheel andere wijze plaats vindt dan langs den weg der verplichte aangifte. Immers door het zenden van den patiënt naar het consultatiebureau wordt de opsporing van infectiebronnen en de toepassing van prophylactische maatregelen in vele gevallen bereikt. Wanneer we daarbij nog in aanmerking nemen de keuringen van arbeiders in fabrieken; het werk, verricht door het Centraal Bureau voor keuringen op medisch-hygiënisch gebied, de opsporing van bronnen door toepassing van de Wet van December 1934 en door het Geneeskundig Schooltoezicht, dan wordt het duidelijk, dat het vraagstuk der verplichte aangifte thans niet meer actueel is.

We zullen hier dan ook niet de voor- en nadeelen der verplichte aangifte gaan bespreken. Wel willen we op een belangrijk practisch bezwaar ervan de aandacht vestigen.

De ervaring heeft geleerd, dat de arts moeilijk is te bewegen de verplichting tot aangifte van ziekten na te komen. In het vorige hoofdstuk wezen we reeds op den brief van den Inspecteur voor de Volksgezondheid der drie noordelijke provinciën, waarin het verzaken der aangifte van acute besmettelijke ziekten, met name der diphtherie, naar voren komt. Ook de aangifte van geslachtsziekten, verplicht bij het Besluit van 5 October 1940, blijkt zeer onvolledig te geschieden.

In een artikel van H e r m a n s (1946) treft ons de zinsnede: „...in weerwil van het feit dat er in Nederland wettelijke bepalingen betreffende de geslachtsziekten bestaan, trekt de arts zich daar niets van aan.” We mogen verwachten, dat het met de resultaten eener eventuele aangifte van tuberculose niet beter gesteld zal zijn dan met die van de aangifte van bovengenoemde ziekten, temeer, daar er in vele gevallen over valt te discussiëren, of de ziekte behoort tot de groep, die moet worden aangegeven, dan wel of ze niet onder de aangifte valt. Immers de grens tusschen open en gesloten tuberculose, tusschen vormen, die al of niet een gevaar voor de omgeving zijn, tusschen actief en inactief, is in vele gevallen niet scherp te trekken en de arts, die den plicht van aangeven zou verzaken, kan zich altijd beroepen op het feit, dat hij met de hem ten dienste staande hulpmiddelen niet heeft kunnen uitmaken, of de ziekte tot de aan te geven gevallen behoort.

Terecht zegt dan ook E i j k e l (1941), dat de verplichte aangifte ons geen stap verder brengt bij onze pogingen om de tuberculose uit te roeien.

Het welslagen der tuberculosebestrijding in al haar geledingen staat of valt met de medewerking van den huisarts. De grondslagen voor deze medewerking moeten reeds tijdens de opleiding worden gelegd.

Reeds V o s (1920) wilde de aanstaande artsen in de gelegenheid stellen van nabij kennis te maken met de sanatoria en de werking der consultatiebureaux, opdat zij de beteekenis van deze instellingen voor hunne toekomstige patiënten zouden leeren inzien en waardeeren.

Een co-assistentenschap op een consultatiebureau zou er zeer zeker toe bijdragen het inzicht van den aanstaanden arts in de tuberculosebestrijding te verruimen.

De arts, die doordrongen is van de groote beteekenis der tuberculoseprophylaxe zal volledige medewerking betoonen bij het zenden van zijn patiënten naar het consultatiebureau.

Op dezelfde wijze zullen huisarts zoowel als consultatiebureau-arts, wanneer het hun niet gelukt den patiënt tot medewerking te krijgen en deze een gevaar voor zijn omgeving oplevert, hem vrijwillig voordragen aan de Commissie van Advies. Ook hier geldt weer, dat,

wanneer de arts overtuigd is van het heil, gelegen in het dreigen met wettelijke maatregelen, hij vrijwillig tot aangifte zal overgaan. Is hij dit niet, dan doet in dezen ook een plicht tot aangifte niets.

Een vrijwillige aangifte heeft echter ten gevolge, dat het beroepsgeheim niet intact blijft. Om dit te voorkomen, m.a.w. om den arts te vrijwaren voor eventueele aanklachten van de zijde van den asocialen tuberculoselijder wegens schending van het beroepsgeheim, moeten we noodgedwongen de aangifte aan de genoemde Commissie, hoewel in wezen vrijwillig, in naam verplicht stellen.

HOOFDSTUK XII.

Wijze van toepassing der maatregelen.

Wanneer we de gevallen uit groep III, de groep waarin besmettingsmogelijkheid bestaat, nader beschouwen, dan valt het op, dat diverse factoren, welke van invloed zijn op het besmettingsgevaar (zie hoofdstuk IV) ieder voor zich, in het eene geval sterk, in het andere in mindere mate, op den voorgrond treden.

Zoo wordt b.v. in de gevallen 1, 3, 4, 21, 24 vermeld, dat de patiënt sterk positief sputum heeft, in geval 27 is het sputum zeer sterk positief. In andere gevallen wordt gesproken over positief sputum zonder meer. Geval 53 is het voorbeeld van een geval, waarin de kinderen aan meer dan één infectiebron blootstaan: naast de open tuberculeuze moeder komt een tante de huishouding waarnemen, die na eenige maanden ook open longtuberculose blijkt te hebben. In die gevallen, waarin het lijden zich over jaren uitstrekt, wisselen dikwijls perioden van positief sputum af met perioden van negatief sputum (geval 37,43).

Als tweede factor, gelegen in de bron, noemden we de *virulentie* van den bacil. In aanmerking nemende, dat deze in het laatste stadium der ziekte grooter zou zijn, zou misschien in de gevallen 3, 4, 32 en 68, in welke de patiënten tot aan het overlijden in het gezin vertoeven, van een groote virulentie van den bacil gesproken kunnen worden.

Wat de factoren, gelegen in het contact, bestaande tusschen bron en object, betreft, mogen we aannemen dat in het algemeen in het gezin, zoo hier besmettingsmogelijkheid aanwezig is, *herhaalde* infecties plaats vinden. In de gevallen, waarin de bron in contact komt met een uitwonend object, zijn, naast herhaalde infecties ook enkele infecties mogelijk. Of de herhaalde infecties „Ueberfalls”- dan wel „einschleichende” infecties zijn, zal mede afhangen van den leeftijd van het object, van de hoeveelheid bacillen, van de intimiteit van het

contact. Zoo meenen we geval 53 als voorbeeld te kunnen noemen van een „Ueberfalls“- infectie: De moeder die van October 1942 positief sputum heeft, krijgt in Mei 1943 haar derde kind, dat een jaar later dan ook geïnfecteerd blijkt te zijn. Eveneens geval 59, waar een open tuberculeuze moeder in intiem contact leeft met haar pasgeboren kind.

Als voorbeeld van een „einschleichende” infectie zou misschien dienst kunnen doen geval 35; het contact tusschen bron en object is hier minder intiem, omdat de bron niet de moeder is, doch een oom, die in een tent naast het huis „kuurt”.

Eveneens „einschleichend” is misschien de infectie, welke plaats heeft in geval 11, waar de vader geregeld met den buurman schaakt en deze geïnfecteerd wordt, of wel geval 84, waar volwassen personen geïnfecteerd worden, doordat ze geregeld aan huis komen bij een patiënt, die zonder de minste voorzorgen leeft.

In alle gevallen van deze groep is het contact n a u w, omdat de s p u t u m p r o p h y l a x e onvoldoende is. De slechte invloed hiervan kan in sommige gevallen geheel of gedeeltelijk worden opgeheven door de goede medewerking van de huisgenooten. Zoo vermeldt geval 20, waar een open tuberculeuze vader, die herhaaldelijk uit het sanatorium wegloopt, thuis geen sputumprophylaxe toepast en niet kuurt, dat de moeder wel meewerkt en b.v. haar kinderen geregeld ter contrôle naar het consultatiebureau zendt. De slechte huisvesting is hier echter een factor, die de situatie naar de zijde van ernstig besmettingsgevaar doet overhellen. Hetzelfde in geval 36: niettegenstaande de slechte huisvesting, den jongen leeftijd der vijf kinderen en de onverantwoordelijke leefwijze van den man, blijken, naar alle waarschijnlijkheid dank zij de medewerking van de vrouw, in dit gezin geen tuberculeuze afwijkingen voor te komen.

Vergelijken we hiermee geval 33 uit Groep II, dan zien we, dat de huisvesting hier behoorlijk is, terwijl de overige omstandigheden vrijwel dezelfde zijn als in de gevallen 20 en 36. Dank zij de goede medewerking der moeder en dank zij de goede huisvesting hebben we gemeend hier een ernstig besmettingsgevaar te kunnen uitsluiten en dit geval onder groep II te moeten rangschikken.

Zagen we hier dus enkele gevallen, waarin naast slechte medewerking van de infectiebron, goede medewerking van de omgeving bestaat, het omgekeerde zien we in geval 28, waar de tuberculoseprophylaxe zeer zeker ten kwade beïnvloed wordt door de slechte medewerking van den echtgenoot, die zijn zieke vrouw verpleegt. De infectiebron zelve speelt hier min of meer een indifferente rol.

De slechte huisvesting is een factor, die in onze gevallen dikwijls mede de besmettingsmogelijkheid bepaalt (geval 13, 14, 35, 36 e.a.) Gevallen, waarin het nauwe contact uitsluitend het gevolg is van de slechte huisvesting, zijn ons niet bekend. Komen ze in de praktijk voor, dan vallen ze, zooals we in hoofdstuk VII hebben uiteen gezet, niet onder de wettelijke maatregelen.

De duur van het contact moet voldoende zijn, wil een besmetting effect hebben. Heynsius van den Berg (1936) noemt als kortste duur hem bekend een contact van 12 dagen. In onze gevallen is de duur uit den aard der zaak lang te noemen.

Van de factoren, gelegen in het object, is voor de praktijk, de leeftijd van belang. In geval 24, waarin vijf kinderen, alle onder den leeftijd van 6 jaar, zijn geëxposeerd aan een infectiebron, doet deze factor zich sterk gevoelen, in tegenstelling met geval 32, waar in het gezin slechts twee kinderen aanwezig zijn, waarvan de jongste 16 jaar oud is.

We hebben aan de hand van enkele voorbeelden getracht te demonstreeren, hoe nu eens het accent op dezen, dan weer op genen factor valt. In die gevallen, waar het meerendeel der factoren op den voorgrond treedt, is het besmettingsgevaar maximaal. Dit zijn de gevallen, waarin ingrijpen urgent is.

In welke gevallen is verplichte isolatie, in welke toepassing der kindervetten aangewezen?

We gaan hierbij uit van de opvatting dat zoo mogelijk de minst ingrijpende maatregel moet worden toegepast. Als zoodanig beschouwen we de ondertoezichtstelling. Verplichte isolatie immers is een maatregel, die de persoonlijke vrijheid aantast. Een tweede nadeel van de verplichte isolatie is, dat ze in die gevallen, waar van de zijde van de(n) gezonde(n) ouder ook geen medewerking verwacht kan

worden, de slechte situatie maar ten deele opheft. Duidelijk wordt dit gedemonstreerd in geval 13, waar na het overlijden van den vader, de onwillige moeder haar zieke kinderen in de slechte omstandigheden terugbrengt. Hiertegenover staat, dat een gezinsvoogd, wanneer er reeds geïnfecteerde of zieke kinderen zijn, naast goeden invloed op de prophylaxe, invloed op de behandeling kan uitoefenen.

In dit verband zij nogmaals opgemerkt, dat wij de ondertoezichtstelling alleen propageeren in die gevallen, waar gevaar voor de omgeving dreigt. De vraag of in gevallen, waarin behandeling van het zieke kind geweigerd wordt, ondertoezichtstelling mag plaats vinden, valt niet in het kader van dit proefschrift. In geval 31 b.v., waar naast verzaken der sputumprophylaxe, behandeling van het 9-jarig zoontje met longtuberculose en tuberculeuze coxitis geweigerd wordt, zullen wij ondertoezichtstelling voorstellen op grond van eerstgenoemd feit.

Op dezelfde wijze zal in geval 14 de gewenschte behandeling der drie zusjes met longtuberculose kunnen plaats hebben, nadat ondertoezichtstelling is uitgesproken op grond van de bedreiging met tuberculose door den (minderjarigen) zoon G.

Waar ondertoezichtstelling uitsluitend mogelijk is in gevallen, waarin de besmettingsmogelijkheid in het gezin aanwezig is, is het consequent, de gevallen, met het oog op de wijze van ingrijpen, in te deelen in gevallen waar de besmettingsmogelijkheid uitsluitend in het gezin is gelegen naast die, waar deze bovendien buiten het gezin aanwezig is.

Theoretisch zal er in de gevallen van gezinsbesmetting ook contact van de infectiebron met de buitenwereld voorkomen.

We mogen echter aannemen dat dit contact, gezien het feit dat er in de gevallen niet over gesproken wordt, zoo gering is, dat het, met het oog op de te nemen maatregelen, verwaarloosd mag worden. In de tweede groep van gevallen speelt het extra-familiaire contact echter een rol die even belangrijk, zoo niet belangrijker, is als die van het intra-familiaire contact. Voor deze groep zullen we bij het nemen van maatregelen tevens met dit contact rekening dienen te houden.

Van de 70 gevallen, waaruit Groep III is samengesteld, is in 48

uitsluitend de besmettingsmogelijkheid in het gezin aanwezig (Groep III A), n.l. in de gevallen 3, 12, 13, 14, 17, 19, 20, 23, 24, 28, 30, 31, 32, 35, 36, 41, 43, 45, 47, 48, 50, 53, 54, 58, 59, 60, 62, 63, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 86, 90, 92 en 93.

In de overige 22 gevallen (Groep III B), omvattende de nummers 1, 4, 5, 10, 11, 18, 21, 22, 26, 27, 34, 37, 39, 40, 46, 51, 52, 55, 57, 64, 74 en 84, is er bovendien een besmettingsmogelijkheid buiten het gezin.

Groep III A. Besmettingsmogelijkheid uitsluitend in het gezin.

Deze groep valt, naar de wijze van ingrijpen, in drieën uiteen, n.l. in Groep a, waarin één van de ouders de bron is, Groep b, waarin een minder- of meerderjarig kind of ander inwonend persoon als bron aanwezig is, en Groep c, waarin zoowel een ouder als een niet-ouder als infectiebron optreedt.

Groep a. *Een der ouders is de bron.*

34 gevallen, omvattende de nummers 3, 12, 13, 17, 19, 23, 24, 28, 31, 32, 36, 47, 48, 50, 58, 62, 68, 70, 71, 72, 73, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 85, 86, 90, 92 en 93.

De objecten zijn hoofdzakelijk minderjarige kinderen, in een enkel geval komen bovendien meerderjarige kinderen in het gezin voor. Voor deze groep, die verreweg het grootste aantal gevallen omvat, zouden we in het algemeen ondertoezichtstelling willen aanbevelen. De meerderjarige kinderen vallen hier dus buiten den maatregel, toch mag dit niet een reden zijn om in deze gevallen verplichte isolatie toe te passen; te prefereeren blijft, ook bij aanwezigheid van meerderjarige kinderen, de ondertoezichtstelling. Den meerderjarigen dient men op de gewone wijze de tuberculoseprophylaxe bij te brengen.

In geval 71 komt, daar algeheele verwaarloozing hier op den voorgrond staat, de ontzetting uit de ouderlijke macht in aanmerking.

Groep b. *De bron is een minder- of meerderjarig kind of een andere inwonende persoon.*

7 gevallen, omvattende de nummers 14, 35, 43, 45, 59, 60 en 67. Voor de gevallen 14, 60 en 67, waar een minderjarig kind de bron is, komt ondertoezichtstelling in aanmerking.

In de gevallen 35, 59 en 60, waar de bron resp. een broer van de vrouw, een inwonende schoondochter en een meerderjarige zoon is, zou met verplichte isolatie bedreigd moeten worden.

In geval 45 is de bron een vrouw, die zich niet in acht neemt, terwijl een dochter met haar zuigeling bij haar inwoont. Verplichte isolatie van deze vrouw zou overwogen kunnen worden. Redelijker lijkt ons evenwel, de jonge moeder te adviseeren de voor haar kind gevaarlijke omgeving te verlaten; zoo dit geweigerd wordt, zou onder toezichtstelling in aanmerking komen.

Groep c. *Naast één der ouders is een tweede infectiebron aanwezig.*

7 gevallen, omvattende de nummers 20, 30, 41, 53, 54, 63 en 66.

In de gevallen 30, 41 en 66 wordt de tweede infectiebron gevormd door een minderjarig kind. De ondertoezichtstelling, welke geschiedt op grond van het feit, dat één der ouders de besmettingsbron is, heeft tevens tengevolge dat de tweede infectiebron onder toezicht wordt gesteld, hetgeen zoo noodig opneming in een sanatorium op gezag van den kinderrechter kan inhouden.

In de gevallen 20 en 63 is de bron een meerderjarige zoon, in geval 53 een zuster van de vrouw; in deze gevallen moet naast ondertoezichtstelling, met verplichte isolatie worden bedreigd.

Geval 54 komt in aanmerking voor ontzetting uit de ouderlijke macht.

Groep III B.

In deze groep oefent de infectiebron haar invloed uit, zoowel in als buiten het gezin. Hoofdzakelijk betreft het hier een groep van ambulante chronische lijdens, dikwijls met afwisselend positief en negatief

sputum. Hun toestand brengt mee, dat ze niet uitsluitend in hun gezin vertoeven, omdat ze vaak nog tot lichten arbeid in staat zijn (venten, het drijven van een zaak, enz.)

De gevallen 26 en 51 maken gewag van herhaald contact tusschen een grootvader en zijn kleinkinderen. Belangrijk is voorts geval 34, waarin de infectiebron, een evangelist, uit hoofde van zijn beroep, geregeld jonge menschen ontvangt.

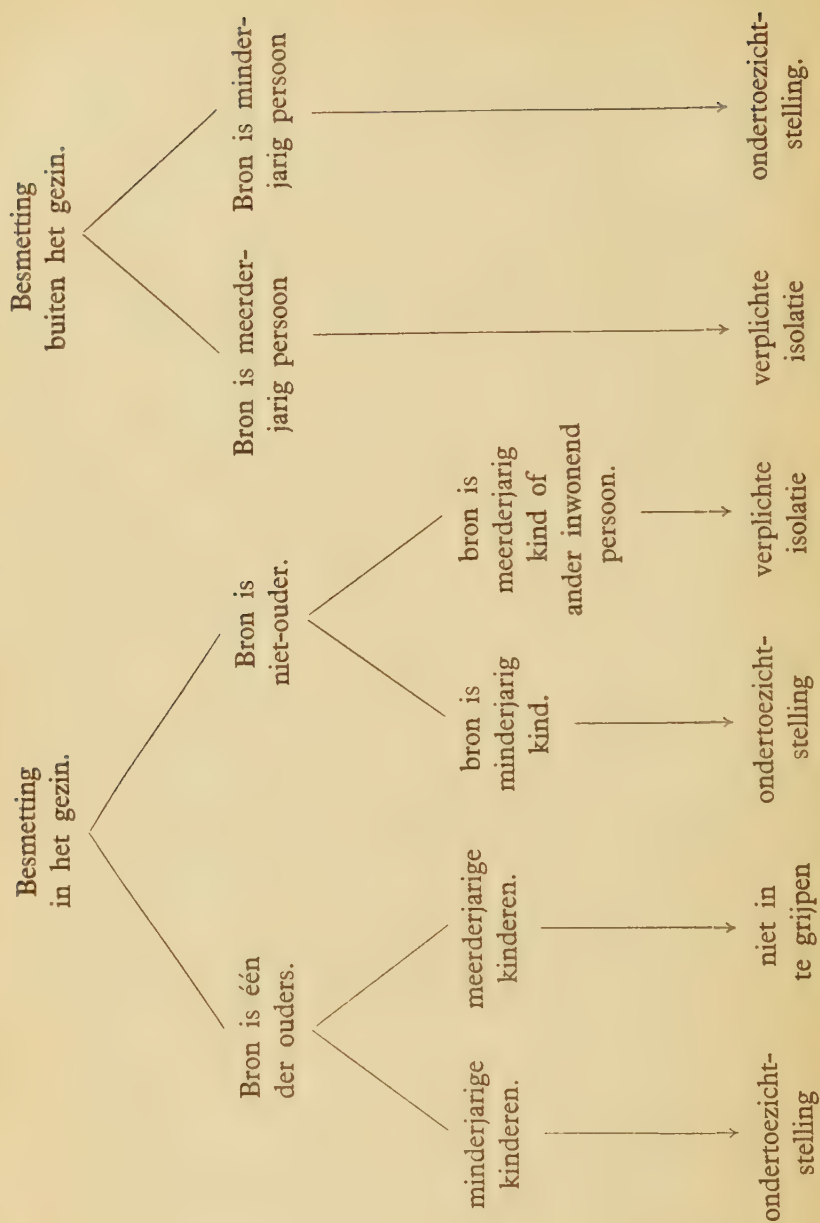
In al deze gevallen moet verplichte isolatie overwogen worden.

Tegen schoolinfecties, waarover in geval 5 sprake is, beoogt de wet van December 1934 een waarborg te zijn. De open tuberculeuze onderwijzer is hier echter bovendien een gevaarlijke infectiebron voor de omgeving buiten de school (voor het gezin, waar hij in den kost is en voor het kind aan de zorg van zijn verloofde toevertrouwd). Uit dien hoofde komt hij dus voor verplichte isolatie in aanmerking.

In geval 66, ondergebracht in Groep III A c, wordt gewag gemaakt van een minderjarig kind met positief sputum, dat contact heeft met personen buiten het gezin. Een dergelijke persoon valt krachtens zijn minderjarigheid niet onder de wet op de verplichte isolatie, doch moet onder toezicht worden gesteld.

Nadat we de gevallen uit Groep III de revue hebben laten passeeren, zien we dus dat het meerendeel betrekking heeft op het contact tusschen de(n) open tuberculeuze(n) ouder en zijn kind. De minderheid der gevallen omvat personen, voor wie verplichte isolatie ter sprake komt; het zijn vooral chronische lijdens, die nog in staat zijn tot werken. Misschien zou dit aantal nog beperkt kunnen worden door te trachten de tuberculose uit diverse beroepen te weren (fabrieksarbeider, godsdienstonderwijzer e.d.)

Samenvattend kunnen we het volgende schema opstellen:



Wanneer wij naast een bestaand systeem van vrijwillige tuberculosebestrijding, de toepassing van wettelijke maatregelen aanbevelen, dan kunnen wij ons niet ontveinzen, dat aan een dergelijke combinatie een groot gevaar kleeft, n.l. dit, dat op den achtergrond dreigende dwang een verlammen den invloed op de vrijwillige medewerking kan uitoefenen. Immers, een middel om den dwang te ontloopen, is het ontwijken van den weg der vrijwillige deelneming. Ook bij die patiënten, van wie totale medewerking verwacht mag worden, zou deze dwang remmend kunnen werken op den gang naar het consultatiebureau.

Dikwijls is hiertegen aangevoerd, dat dit bezwaar in werkelijkheid geen bezwaar is, daar zij, die van goeden wille zijn, gedwongen maatregelen, welke worden toegepast op een categorie van patiënten, bestaande uit menschen, wier leefwijze in 't algemeen als asociaal gekwalificeerd moet worden, billijk achten. Het asociale gedrag van deze groep, in haar kwaliteit van tuberculoselijder, zou dan zoo gelaakt worden door het publiek, dat wettelijk ingrijpen hier als alleszins gerechtvaardigd zou worden beschouwd.

In hoofdstuk X is echter duidelijk tot uitdrukking gekomen, dat het niet alleen de echte asociale zijn, tegen wie wij meenen te moeten optreden, doch ook tegen die open lijdens, die louter asociaal zijn ten opzichte van het toepassen der tuberculoseprophylaxe, ja zelfs dat deze laatste groep in ons materiaal verreweg de meerderheid vormt. Hoe kan vermeden worden, dat door het toepassen van dwang op dergelijke lijdens de vrijwillige gang naar het consultatiebureau ten kwade wordt beïnvloed?

Indien alleen dan wordt ingegrepen, wanneer de leek (waaronder we ook de leden van den Voogdijraad en van de rechterlijke macht verstaan) de billijkheid kan inzien van het toepassen van wettelijke maatregelen.

In 't algemeen zal dit het geval zijn, nadat slachtoffers (ziekte- of sterfgevallen) zijn aan te toonen.

Wanneer we uit Groep III die gevallen selecteeren, waarin iemand het slachtoffer is geworden van de leefwijze van den asociale tuberculoselijder, dan blijven de volgende 20 gevallen over, waarin we

meenen, niet te moeten ingrijpen: 3, 12, 17, 21, 32, 35, 36, 39, 40, 45, 47, 48, 57, 63, 64, 71, 72, 76, 78 en 82.

Hier gebiedt voorzichtigheid ter wille van de zoo goed bekend staande vrijwillige tuberculosebestrijding ons, althans voorloopig, wettelijk ingrijpen na te laten, hoezeer dit soms ook gewenscht zou zijn. Als voorbeeld noemen we geval 12, waarin zeer zeker een maximaal besmettingsgevaar bestaat, nochtans een slachtoffer ontbreekt. Dit zijn de gevallen, waarin arts en huisbezoekster voortdurend op hun hoede behooren te zijn, om, zoodra een slachtoffer is gevallen, maatregelen te adviseeren om althans verder onheil te voorkomen.

Samenvatting.

Naar aanleiding van het voorkomen van besmettelijke tuberculoselijders, welke door het niet nakomen der adviezen van consultatiebureau-arts of behandelenden arts een gevaar voor hun omgeving zijn, wordt de volgende vraag gesteld:

„Is het gewenscht, dat de mogelijkheid tot wettelijk ingrijpen bestaat, indien een tuberculoselijder een ernstig gevaar voor zijn omgeving vormt?”

Om deze vraag te beantwoorden werden op de consultatiebureaux voor tuberculosebestrijding der drie Noordelijke Provinciën 93 gevallen verzameld van, zich ten opzichte der sputumprophylaxe asociaal gedragende, besmettelijke tuberculoselijders.

Ten einde een meening te kunnen vormen over de voor- en nadeelen der verschillende wijzen van tuberculosebestrijding, in het bijzonder wat betreft de resultaten van bestaande mogelijkheden tot wettelijk ingrijpen, wordt de ontwikkeling van de organisatie der tuberculosebestrijding in binnen- en buitenland nader bestudeerd.

Het begrip „ernstig besmettingsgevaar” of wel „besmettingsmogelijkheid” wordt nader omschreven.

Van de 93 gevallen wordt een 19-tal geëlimineerd, dat niet voor eventuele wettelijke maatregelen in aanmerking komt, aangezien geen besmettingsmogelijkheid kan worden aangetoond. Waar een eventueel in te voeren dwang slechts mag worden toegepast, wanneer de oorzaak van het niet nakomen der voorschriften uitsluitend in den patiënt zelf zijn gelegen, wordt van de overige 74 gevallen nagegaan, of er omstandigheden zijn, die de handelwijze van den patiënt in verkeerde richting beïnvloeden. Vier malen blijkt dit het geval te zijn; hier zou slechts dwang mogen worden toegepast, als na opheffing dezer omstandigheden het asociale gedrag van den patiënt bleef bestaan.

Voor de overige 70 gevallen wordt toepassing van wettelijke maatregelen wenschelijk geacht.

Het beeld van de frequentie, waarin dergelijke gevallen voorkomen, is van dien aard, dat dit mede een argument vormt voor de invoering van wettelijke maatregelen.

Gezien de ervaringen in het buitenland, mag verwacht worden, dat het bestaan van de mogelijkheid tot wettelijk ingrijpen preventief zal werken.

Een karakterologische studie van den asociaal tuberculoselijder aan de hand van het verzamelde materiaal wordt niet mogelijk geacht. Voor een dergelijke studie is observatie van den patiënt in een psychiatrische inrichting noodzakelijk.

In het volgende gedeelte van het proefschrift wordt aangegeven op welke wijze dient te worden ingegrepen.

Gezien het frequente voorkomen van een besmettingsmogelijkheid in het gezin (in 48 van de 70 gevallen is er uitsluitend i n het gezin ernstig gevaar voor besmetting, in 22 gevallen bovendien b u i t e n het gezin), wordt voor die gevallen, waarin een der ouders de besmettingsbron is in een gezin met minderjarige kinderen (in het verzamelde materiaal in 41 van de 48 gevallen) de oplossing gezocht in het toepassen van de Kinderwetten.

Aan de hand van juridische literatuur wordt aannemelijk gemaakt, dat aan de praktijk der ondertoezichtstelling een ruimere toepassing is gegeven en kan worden gegeven dan oorspronkelijk is bedoeld. Gepleit wordt voor toepassing van de wet op de ondertoezichtstelling in die gevallen, waarin het minderjarige kind gevaar loopt met tuberculose besmet te worden door een der ouders, zoomede in de gezinnen, waarin een minderjarig kind zelf de besmettingsbron vormt.

Vervolgens worden de voor- en nadeelen van verplichte isolatie van den besmettelijken tuberculoselijder in het licht van buitenlandsche ervaringen besproken. Geconcludeerd wordt, dat er een mogelijkheid tot verplichte isolatie dient te bestaan voor die gevallen, waarin de besmettingsbron zijn invloed in het gezin, zoowel als daarbuiten, doet gevoelen.

Voor invoering van verplichte isolatie is totstandkoming van een wet noodzakelijk. De tekst hiervoor wordt aangegeven.

Gepleit wordt voor in wezen vrijwillige, in naam verplichte, aangifte der gevallen aan een Commissie van Advies, die belast is met het onderzoek, eventueel met het aanbrengen der gevallen aan den Voogdijraad, resp. aan de Rechtbank. Ook deze verplichte aangifte moet wettelijk worden vastgelegd.

Voorgesteld wordt de tuberculoseafdeeling van een bestaande psychiatrische inrichting aan te wijzen voor isolatie van asociale tuberculoselijders.

Ten slotte wordt besproken, welke maatregelen op het verzamelde materiaal moeten worden toegepast.

Om te voorkomen, dat het vertrouwen in de vrijwillige tuberculosebestrijding door deze maatregelen wordt geschaad, wordt voorgesteld in de praktijk alleen dan wettelijk in te grijpen, wanneer slachtoffers zijn gemaakt.

Résumé.

A l'occasion du fait qu'il y a des tuberculeux contagieux, qui, en négligeant les avis du médecin du dispensaire ou du médecin traitant, forment un danger pour leur entourage, l'on pose la question suivante.

„Est-il désirable qu'il existe la possibilité d'une intervention légitime si le tuberculeux forme un danger grave pour son milieu?”

Pour répondre à cette question l'auteur recueillait dans les dispensaires des trois provinces septentrionales 93 cas de tuberculeux contagieux, se comportant d'une manière asociale envers la prophylaxie des crachats.

Pour se former une opinion sur les avantages et les désavantages des différentes manières de la lutte contre la tuberculose, notamment en ce qui concerne les résultats de possibilités déjà existantes d'une intervention légitime, le développement de l'organisation de la lutte contre la tuberculose, à l'intérieur et à l'étranger, est mis à l'étude.

La conception: grave danger de contagion ou la possibilité de contagion est défini plus amplement.

Sur 93 cas dix-neuf sont éliminés qui n'entrent pas en ligne de compte, parce que l'on ne peut démontrer aucune possibilité de contagion.

Vu que l'on ne peut appliquer un moyen coercitif que dans le cas où la cause de la négligence des prescriptions est due au malade lui-même, on examine des autres 74 cas, s'il y a des circonstances qui nuisent à la façon d'agir du malade. C'est ce qui se trouve être le cas dans 4 des cas: ici on ne pourrait appliquer un moyen de contrainte que dans le cas où en éliminant ces circonstances la conduite asociale du malade subsisterait.

Pour les autres 70 cas l'application de mesures légitimes est estimée désirable.

L'image de la fréquence dans laquelle de pareils cas se montrent est telle que celle est aussi un argument pour adopter des mesures légitimes.

Vu les expériences à l'étranger on peut compter que la possibilité d'une intervention légitime produise un effet préventif.

Une étude du caractère du tuberculeux asocial à l'aide du matériel recueilli n'est pas tenue possible. Pour une pareille étude l'observation du malade dans un asil d'aliénés est nécessaire.

Dans la partie suivante de la thèse est indiqué de quelle manière il faut intervenir.

Vue la fréquence d'une possibilité de contagion dans la famille (dans 46 sur 70 cas il y a exclusivement dans la famille grave danger de contagion, dans 24 cas en outre hors de la famille), pour les cas où l'un des parents est la source de contagion dans une famille d'enfants mineurs (dans le matériel compilé dans 40 sur 46 cas) la solution est cherchée dans l'application des lois sur la protection de l'enfance.

A l'aide d'une littérature judiciaire il faut accepter qu'il y a donné à la pratique de la loi de surveillance une plus grande application que l'on pensait à l'origine.

On plaide l'application de la loi de surveillance dans les cas où l'enfant mineur court le risque d'être infecté par un des parents, ainsi que dans les familles où un enfant mineur lui-même forme la source de contagion.

Ensuite l'on discute les avantages et les désavantages, mis en évidence par les expériences à l'étranger, de l'hospitalisation contraint du tuberculeux contagieux.

Il est conclu qu'il doit être une possibilité d'hospitalisation contrainte pour les cas où la source de contagion se fait sentir dans la famille et dehors.

Une loi est nécessaire pour l'application d'une hospitalisation contrainte. Le texte est formulé.

Cette déclaration des cas, au fond volontaire, au nom obligatoire, doit être fait à un comité d'avis, chargé éventuellement d'enregistrer les cas au conseil de tutelle ou bien au tribunal.

Cette déclaration obligatoire doit être aussi formulée par une loi.

Il est proposé d'indiquer le compartiment de tuberculeux d'un asile d'aliénés pour l'hospitalisation de tuberculeux asociaux.

Enfin les mesures discutées sont appliquées sur le matériel recueilli. Il est proposé d'intervenir seulement au cas où il y a des victimes, pour veiller au fait que l'on perde la confiance dans la lutte volontaire contre la tuberculose.

Zusammenfassung.

Met Hinsicht auf vorkommende ansteckende Tuberkulöse, die dem Rate des Fürsorgearztes und Hausarztes nicht nachkommen und dadurch eine Gefahr für ihre Umgebung sind, wird die folgende Frage gestellt:

„Ist es erwünscht, dasz die Möglichkeit besteht, gesetzlich einzugreifen, wenn ein Tuberkulöser eine ernstliche Gefahr für seine Umgebung ist?“

Um diese Frage zu beantworten wurden auf den Fürsorgestellen in den drei nördlichen Provinzen 93 Fälle von ansteckenden Tuberkulösen gesammelt, die sich in Hinsicht auf die Sputumprophylaxe asocial benehmen.

Um eine Meinung über den Nutzen und Schaden der verschiedenen Bekämpfungsweisen der Tuberkulose machen zu können, besonders betreffs der Ergebnisse der bestehenden Möglichkeiten zum gesetzlichen Eingreifen, wird die Entwicklung der Organisation der Tuberkulosebekämpfung im In- und Ausland zum Gegenstand dieser Untersuchungen gemacht.

Der Begriff „ernstliche Ansteckungsgefahr“ oder „Ansteckungsmöglichkeit“ ist genauer umschrieben worden.

Von den 93 Fällen werden 19 beseitigt, die nicht für etwaige gesetzliche Masznahmen in Betracht kommen, weil keine Ansteckungsmöglichkeit bewiesen werden kann.

Wenn eventuell Zwang eingeführt würde, so dürfte dieser nur in Anwendung gebracht werden, wenn die Ursache des Nichtnachkommens der Vorschriften ausschliesslich im Patienten selbst gelegen wäre.

Deshalb werden die übrigen 74 Fälle untersucht, ob es Umstände gibt, welche die Handlungsweise des Patienten unrichtig beeinflussen. Es zeigt sich, dasz dies in 4 Fällen vorkommt. Hier dürfte man nur

Zwang in Anwendung bringen, wenn der Patient auf seinem asozialen Benehmen beharrte.

Für die übrigen 70 Fälle ist Anwendung gesetzlicher Masznahmen erwünscht.

Das Frequenzbild, worin solche Fälle vorkommen, ist der Art, dasz dies auch ein Argument für Einführung gesetzlicher Masznahmen ist. In Anbetracht der Erfahrungen im Ausland darf erwartet werden, dasz die Möglichkeit zum gesetzlichen Eingreifen präventiv wirken wird.

Ein charakterologisches Studium des asizoalen Tuberkulösen an der Hand des zu sammelnden Materials wird nicht für möglich gehalten. Für ein solches Studium ist Observation des Patienten in einer psychiatrischen Anstalt notwendig.

Im folgenden Teil wird angezeigt auf welche Weise eingegriffen werden soll.

In Anbetracht des Frequenzvorkommens einer Ansteckungsmöglichkeit in der Familie (in 46 von den 70 Fällen gibt es ausschlieszlich in der Familie eine ernstliche Gefahr für Ansteckung, überdies 24 Fälle auszen der Familie) ist für diejenigen Fälle, worin entweder der Vater oder die Mutter der Infektionsherd ist, in einer Familie mit minderjährigen Kindern (im gesammelten Material in 40 der 46 Fälle) die Lösung in der Anwendung der Kinderschutzgesetze gesucht.

An der Hand juridischer Literatur wird annehmbar gemacht, dasz der Aufsichtdienst in der Praxis mehr Anwendung findet und finden kann, als ursprünglich beabsichtigt war.

Die Anwendung eines Aufsichtgesetzes wird in jenen Fällen empfohlen, worin das minderjährige Kind gefahr läuft, dasz es von den Eltern angesteckt wird, wie auch in den Familien, worin ein minderjähriges Kind selbst der Ansteckungsherd ist.

Dann werden der Nutzen und Schaden einer Zwangsisolierung an der Hand ausländischer Erfahrungen besprochen.

Die Folgerung wird gezogen, dasz eine Möglichkeit zur Zwangsisolierung in jenen Fällen bestehe, worin sich der Ansteckungsherd seinen Einflusz in und auszer der Familie fühlbar macht.

Für Einführung einer Zwangsabsonderung ist es notwendig, dasz ein Gesetz zustande kommt. Der Text dieses Gesetzes wird gegeben.

Es wird gestritten für im Wesen freiwillige, im Namen verpflichtete Anzeige der Fälle bei einer Adviscommission, welche die Untersuchung auf sich nimmt und welche, wo nötig, diese Fälle der Vormundschaftsbehörde, resp. den Gericht vorlegt. Auch diese Anzeigepflicht soll gesetzlich festgelegt werden.

Es wird vorgeschlagen die Tuberkuloseabteilung einer bestehenden psychiatrischen Anstalt für die Unterbringung asozialer Tuberkulöser anzuwenden.

Schlieszlich werden die besprochenen Masznahmen auf das gesammelte Material anwendbar gemacht.

Um zu verhüten, dasz diese Masznahmen dem Vertrauen in freiwilliger Tuberkulosebekämpfung schaden, wird vorgeschlagen in der Praxis nur dann gesetzlich einzugreifen, wenn Opfer gemacht sind.

Summary.

In consequence of the occurrence of persons suffering from infectious tuberculosis, who, by not following the advices of the tuberculosis officer or the practitioner, are a danger to their surroundings, the following question is put.

„Is it desirable that the possibility for legal intervention exists, if a patient suffering from tuberculosis forms a serious danger to his surroundings?“

To answer this question at the tuberculosis dispensaries in the three Northern provinces 93 cases were collected of infectious patients suffering from tuberculosis, who behave unsocially in regard to the sputumprophylaxis.

In order to be able to form an opinion about the advantages and disadvantages of the various ways to fight against tuberculosis, especially as to the results of existing possibilities for legal intervention, a study is made regarding the development of antituberculosis organisation in this country and abroad.

The conception „serious danger of infection“ or „possibility of infection“ is closer defined.

Of the 93 cases some 19 are eliminated, which are not considered for legal measures, if any, as no possibility for infection can be shown. As compulsion, if any, may only be practiced, if the cause of not following the instructions is exclusively in the patient himself, of the other 74 cases it has been examined, if there are circumstances which influence the proceeding of the patient in a wrong direction.

In four of the cases this appears to be a fact, it would only be allowed to use compulsion here, if, after taking away these circumstances, the unsocial behaviour of the patient lasted.

In the other 70 cases application of legal measures is estimated desirable. The frequency with which such cases occur is such, that this also forms an argument for the application of legal measures.

As to the experiences abroad, one may expect that the existence of the possibility of legal intervention will act preventive.

A study of the character of the unsocial persons suffering from tuberculosis is not considered possible. For such a study observation of the patient in a psychiatric institution is necessary.

In the following part of the thesis it is shown in what way must be intervened.

As the possibility of infection in a family frequently occurs (in 46 of the 70 cases there is exclusively a serious danger for infection in the family, in 24 cases moreover outside the family) in those cases, in which one of the parents is the source of infection in a family with children who are still under age (in the collected material in 40 of the 46 cases) the solution is sought in the application of Children Acts.

By means of juridical literature it is made acceptable that to the practice of putting under supervision a wider application has been given and may be given than originally was meant.

The application of the law of putting under supervision in those cases, in which the minor runs a risk to be infected with tuberculosis by one of the parents, and also in the families, where a minor itself forms the source of infection, has been pleaded for.

After that the advantages and disadvantages of compulsory isolation of the infectious patients are discussed in the light of foreign experiences. It is concluded that a possibility for compulsory isolation must exist for those cases, in which the source of infection exerts its influence in and outside the family.

To introduce compulsory segregation the passing of a law is necessary. The text for it is given.

Necessary is an in reality voluntary, in name compulsory notification of the cases to an advisory body, which is charged with the examination, if so with the announcing of the cases to the Minors Protection Board, or to the Court of Justice. This compulsory notification must also be legally arranged.

It is proposed to indicate the tuberculosis-section of an existing psychiatric institution for the isolation of unsocial tuberculosis-patients.

In the end the measures which have been discussed are applied to the collected material.

To prevent that these measures are injurious to the confidence in the voluntary fighting against tuberculosis, it is proposed in practice to intervene legally only then, when victims have been made.

Geraadpleegde literatuur.

- ADVIES van de Commissie inzake bestrijding van de tuberculose aan den Minister van Arbeid, d.d. 20 Februari 1922. Mededeelingen van den Gezondheidsraad over het jaar 1922, no. 1, pag. 30.
- ALEXANDER, H. Tuberkulosefürsorgewesen und Tuberkulosegesetzgebung in der Schweiz. Handbuch der Tuberkulosefürsorge, hrsg. von Blümel, Bd. II, 1926, pag. 410.
- ALONS, C. L. De erfelijke factor in de aetiologie van de tuberculose. Acad. proefschrift, Groningen 1927.
- ANNÉES (trente cinq) de la lutte contre la tuberculose en Belgique. Bruxelles 1932.
- ANNUAL Report of the Surgeon General of the Public Health Service of the United States for the fiscal year 1925.
- ANNUAL Report of the Chief Medical Officer of the Ministry of Health for the year 1934. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. VIII, 1936, pag. 507.
- ARMEMENT (l') antituberculeux belge. Bruxelles 1941.
- ARRÊTÉ du 2 mai 1941 concernant l'hospitalisation par voie de contrainte des tuberculeux rénitants (Canton de Genève). Bull. du Service Fédér. de l'Hyg. publ. 1941, no. 27.
- ARRÊTÉ du 22 juin 1941, complétant les dispositions en vigueur pour l'application de la loi fédérale sur la lutte antituberculeuse. (Canton de Luzerne). Bull. du Service Fédér. de l'Hyg. publ. 1941, no. 29.
- ARRÊTÉ du 1 déc. 1941, concernant l'hospitalisation d'office de certains tuberculeux. (Canton de Vaud). Bull. du Service Fédér. de l'Hyg. publ. 1943, no. 25.
- ARRÊTÉ du Régent relatif à la prophylaxie des maladies transmissibles de 6 févr. 1946. Moniteur belge du 21 févr. 1946, pag. 1435.
- ASSCHENBRENNER, A. Die Wirkung der Zwangsisolierung auf asoziale Offentuberkulose. Beitr. zur Klinik der Tbk. Bd. 94, 1940, pag. 44.
- ASSOCIATION (l') nationale danoise pour la lutte contre la tuberculose. Tuberculosis, 1911, pag. 161.
- BACHMANN, E. La loi fédérale suisse sur la tuberculose. Schweiz. Med. Wchschr. 1935, pag. 877.
- BACHMANN, E. Betrachtungen zum Bundesgesetz betreffende Massnahmen gegen die Tuberkulose. Gegen die Tuberkulose, no. 10, 1940.

- BAUMES, *Traité de la phtisie pulmonaire*. Paris 1782. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.)
- BERNARD, L. Léon Bourgeois et la lutte contre la tuberculose. *Bull. de l'Union intern. contre la tub.* Vol. III, 1926, pag. 3.
- BERNARD, L. et POIX, G. L'armement antituberculeux de la France. *Revue de Phtisiologie*, 14, 1933, pag. 490.
- BES, K. F. Het lot van het kind in open tuberculeuze omgeving. *Acad. proefschrift*, Amsterdam 1943.
- BESANÇON, F. et POIX, G. La situation des fonctionnaires d'état atteints de tuberculose. *Bull. de l'Union intern. contre la tub.* Vol. XV, 1938, pag. 179.
- BESLUIT van den Secretaris Generaal van het Departement van Sociale Zaken, houdende voorzieningen tegen verbreiding van geslachtsziekten. *Verordeningsblad voor het bezette Nederlandsche gebied*, Oct. 1940.
- BESMETTELIJKE ziekten. *Ned. Staatswetten*, ed. Schuurmans en Jordens, no. 26, 4e druk, Zwolle 1943.
- BIGGS, H. Mesures préventives et administratives contre la tuberculose à New York. *The Lancet*, Aug. 1910, pag. 371.
- BLÜMEL, K. H. Die Kritik an den bisherigen deutschen Tuberkulose-gesetzen und ihre Auswertung. *Handbuch der Tuberkulosefürsorge*, hrsg. von BLÜMEL. Bd. I, 1926, pag. 96.
- BLUMENTHAL, P. Das Dispensaire (Poliklinik) für Lungenkranke im Dienste der Tuberkulosebekämpfung. *Zeitschr. f. Tbk. und Heilstättenwesen*, Bd. 5, 1904, pag. 331.
- BOENING, H. Verhandlungsbericht der deutschen Tuberkulose-Tagung 1935 in Bad Kreuznach. *Beitr. zur Klin. der Tbk.* Bd. 86, 1935, pag. 462.
- BOQUET en BRETEY gecit. naar HEYNSIUS VAN DEN BERG, in *Praev. Geneesk.* 1936.
- BOYD BARRET, J. Recent developments in the treatment and prevention of tuberculosis in the Free State. *Bull. de l'Union intern. contre la tub.* Vol. II, 1925, pag. 45.
- BRAEUNING, H. und NEUMANN, W. Das Schicksal der Kinder, die mit einem offentuberkulösen Verwandten die Wohnung teilen und seine Beeinflussung durch den Arzt. *Zeitschr. f. Tbk.* Bd. 53, 1929, pag. 385.
- BREHMER, H. *Tuberculosis primis in stadiis semper curabilis*. 1856.
- BRIEF van den Minister van Arbeid aan den Gezondheidsraad, d.d. 6 Mei 1921, no. 2052, afd. II. Mededeelingen van den Gezondheidsraad over het jaar 1921, no. 4, pag. 134.
- BROUARDEL, G. La déclaration obligatoire de la tuberculose. *Revue de Phtisiologie*, 14, 1933, pag. 259.

- BROUWER, G. Besmetting met tuberculose in gezin en school. Acad. proefschrift, Leiden 1934.
- BRUNO, A. Contre la tuberculose. Paris 1925.
- BURGER, G. C. E. De invloed van de tuberculosebestrijding op het beloop der epidemieën. Versl. Tub.-Studie-Comm. 17, 1942, pag. 62.
- BURGER, G. C. E. Over dwangmaatregelen, te nemen tegen asociale tuberculosepatiënten. Bijlage 15 van het Rapport omtrent de tuberculosebestrijding in Noord-Brabant. 1944.
- BURGERLIJK Wetboek. Ned. Wetboeken, ed. Schuurmans en Jordens. Zwolle 1941.
- BURNET, E. Principes généraux de la prophylaxie de la tuberculose. Bull. trim. de l'Organisation d'Hygiène de la Société des nations. Vol. I, no. 4, 1932.
- CALMETTE, A. Das dispensaire „Emile Roux” in Lille. Zeitschr. f. Tbk. und Heilstättenwesen, Bd. 4, 1903, pag. 63.
- CATES, L'isolement obligatoire des cas de tuberculose pulmonaire. Journ. of the Royal Sanitary Institute, Vol. 42, 1922, pag. 106. (Ref. in: Bull. de l'Off. intern. d'Hyg. publ. Tome 14, 1922, pag. 360.)
- CIRCULAIRE du 9 janv. 1935 du département de l'intérieur suisse aux autorités sanitaires cantonales concernant l'application de la loi fédérale sur la lutte contre la tuberculose. Bull. du Serv. Féd. de l'Hyg. publ. de 30 mars 1935.
- CIRCULAIRE du 30 déc. 1935 du Serv. Féd. de l'Hyg. publ. aux autorités sanitaires cantonales concernant la loi sur la lutte contre la tuberculose. Bull. du Serv. Féd. de l'Hyg. publ. de 22 févr. 1936.
- CODE CIVIL de Suisse.
- COHNHEIM. La tuberculose au point de vue de la doctrine de l'infection. 1879. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.)
- Communication du Service Fédéral Suisse de l'Hyg. publ. à la IIIième Session de la Commission Fédérale de la tuberculose. Bull. du Serv. Féd. de l'Hyg. publ., 1942, no. 2.
- CULLEN. Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.
- DEKKER, C. Tuberculosebestrijding in Zwitserland en Italië. Tuberculose, Jg. 8, 1912, pag. 111.
- DEKKER, C. De techniek der tuberculosebestrijding. Tuberculose, Jg. 8, 1912, pag. 201.
- DEKKER, C. Tuberculosebestrijding in Zuid-Duitschland. Tuberculose, Jg. 9, 1913, pag. 222.
- DEKKER, C. Wat in Nederland gedaan wordt voor de behandeling van lijders aan tuberculose. Tuberculose, Jg. 10, 1914, pag. 37.

- DELEBOË SYLVIUS, Opera medica. Amsterdam 1680. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.)
- DERSCHEID, Essai de réadaptation au travail des tuberculeux. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. XIII, 1936, pag. 175.
- DIEHL, K., und VON VERSCHUER, O. Zwillingstuberkulose. Jena 1933.
- DIETLEN, H. in: Verhandlungsbericht der deutschen Tuberkulose-Tagung 1935 in Bad Kreuznach. Beitr. z. Klin. der Tbk., Bd. 86, 1935, pag. 467.
- DOYER, J. J. TH. Proeve van een onderzoek omtrent het familiair en hereditair voorkomen van tuberculose volgens de wetenschappelijk-genealogische methode. Acad. proefschrift, Groningen 1920.
- DOYER, J. J. TH. Een en ander over wettelijke maatregelen tot bestrijding der tuberculose. Tijdschr. v. Soc. Hyg., Jg. 23, 1921, pag. 179 en pag. 219.
- DOYER, J. J. TH. De organisatie van de tuberculosebestrijding in de Tweede Kamer. Tijdschr. v. Soc. Hyg. Jg. 24, 1922, pag. 113.
- DOYER, J. J. TH. Het verslag van de Staatscommissie inzake de tuberculosebestrijding. Tijdschr. v. Soc. Hyg. Jg. 25, 1923, pag. 73.
- ETUDE statistique de la lutte antituberculeuse dans divers pays.
- France.
- Bull. de l'Union intern. contre la tub., vol. II, 2, 1925, pag. 66; vol. VI, 1929, pag. 156; vol. VIII, 1931, pag. 166; vol. X, 1933, pag. 193; vol. XIV, 1937, pag. 185.
- Danemark.
- Idem, vol. II, 1, 1925, pag. 68; vol. V, 1928, pag. 248; vol. X, 1933, pag. 101; vol. XIV, 1937, pag. 92.
- Suède.
- Idem, vol. II, 4, 1925, pag. 64; vol. X, 1933, pag. 421; vol. XV, 1938, pag. 87.
- Norvège.
- Idem, vol. II, 2, 1925, pag. 92; vol. VII, 1930, pag. 76; vol. X, 1933, pag. 316.
- Suisse.
- Idem, vol. II, 4, 1925, pag. 74; vol. III, 4, 1926, pag. 70; vol. VII, 1930, pag. 186; vol. X, 1933, pag. 424; vol. XV, 1938, pag. 95.
- Grande-Bretagne, Ecosse, Irlande.
- Idem, vol. II, 2, 1925, pag. 76; vol. IV, 1927, pag. 56; vol. X, 1933, pag. 196; vol. XIV, 1937, pag. 188.
- Etats-Unis.
- Idem, vol. II, 2, 1925, pag. 50; vol. X, 1933, pag. 174.
- EVOLUTION de la tuberculose en Norvège. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. XIII, 1936, pag. 261.

- EIJKEL, R. N. M. en HEYNSIUS VAN DEN BERG, M. R. Het gevaar van besmetting met tuberculose, uitgaande van lijders aan die ziekte in verschillende beroepen. Tijdschr. v. Soc. Hyg. Jg. 28, 1926, pag. 180.
- EIJKEL, R. N. M. Sputumprophylaxe en asociale lijders aan open long-tuberculose. Tegen de tuberculose, Jg. 36, 1940, pag. 123.
- EIJKEL, R. N. M. Verplichte aangifte van besmettelijke tuberculose. Tegen de tuberculose, Jg. 37, 1941, pag. 63.
- FERNEL, J. Traité de pathologie. 1545. (Gecit. naar PIÉRY en ROSHEM.)
- FERRIER et DEBOVE, Bull. de l'Acad. de Méd. 1896.
- FRACASTOR, J. Les trois livres de Jérôme Fracastor, vertaald door L. MEUNIER. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.)
- FRANCE. La déclaration obligatoire de la tuberculose après le décès. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. V, 1928, pag. 77.
- FRANCE, Législation. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. XI, 1934, pag. 273.
- FRÄNKEL, B. Die Entwicklung des Kampfes gegen die Tuberkulose als Volkskrankheit. Zeitschr. f. Tbk. und Heilstättenwesen, Bd. 4, 1903, pag. 97.
- FRANKRIJK. Verplichte aangifte van tuberculose. Tuberculose, Jg. 10, 1914, pag. 14.
- GALENUS. Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.
- GEISZLER, O. Die allgemeinen gesetzlichen Grundlagen für die Tuberkulosefürsorgearbeit. Handbuch der Tuberkulosefürsorge, hrsg. von BLÜMEL, Bd. I, 1926, pag. 40.
- GENGOU, O. l'Endémie tuberculeuse et sa prophylaxie. Bruxelles 1945.
- GEZONDHEIDSWET. Nederlandsche Staatswetten, ed. Schuurmans en Jordens, no. 63, Zwolle 1937.
- GILS, J. B. T. van. l'Oeuvre de l'assistance générale néerlandaise pour la lutte contre la tuberculose. Bull. de l' Union intern. contre la tub. Vol. II, 2, 1925, pag. 25.
- GILS, J. B. T. van. Gedenkboek, uitgegeven ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de Ned. Centrale Vereeniging tot bestrijding der tuberculose. 's-Gravenhage 1928.
- GORKOM, W. J. van. Over tuberculoseziekenhuizen. Den Haag 1907.
- GORKOM, W. J. van. De tuberculosebestrijding in Zweden en bij ons. Tuberculose, Jg. 6, 1910, pag. 40.
- GRANCHER, J. Rapport sur la prophylaxie de la tuberculose. Bull. de l'Acad. de Méd. 1898.

- GRIEP, W. A. Sputumprophylaxe en asociale lijders aan longtuberculose. Tegen de tuberculose, Jg. 36, 1940, pag. 159.
- GRIESBACH, R. Die Tuberkulosebekämpfung. Leipzig 1941.
- GRONDWET voor het Koninkrijk der Nederlanden. Ned. Staatswetten, ed. Schuurmans en Jordens, no. 1a. Zwolle 1946.
- HANDBOOK of tuberculosis schemes for Great Britain and Ireland. 8th ed. London 1935.
- HANDELINGEN van de 57e algemeene vergadering van de Ned. Mij. tot bev. der Geneesk., gehouden te Groningen op Maand. 9 en Dinsd. 10 Juli 1906.
- HARBITZ, F. and ØVERLAND, B. The combating of tuberculosis in Norway. Oslo 1927.
- HATFIELD, C. G. Le tuberculeux bacillifère par rapport à son entourage familial et domestique. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. XIV, 1937, pag. 531.
- HAUSTEIN, H. Zur³ Tuberkulosefrage in Scandinavien. Teil I, Norwegen. Zeitschr. f. Tbk. Bd. 36, 1922, pag. 403.
- HEISIG, F. Erfahrungen mit der Zwangsisolierungsstation in Stadtroda in Thüringen. Beitr. z. Klinik der Tbk., Bd. 86, 1935, pag. 454.
- HEISIG, F. et BOENING, H. Le centre de Stadtroda pour l'hospitalisation obligatoire des tuberculeux dans le cadre de la lutte antituberculeuse de l'Etat de Thuringe. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. XIII, 1936, pag. 311.
- HEITMANN, N. Quelques aspects de l'oeuvre antituberculeuse en Norvège. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. VIII, 1931, pag. 3.
- HEITMANN, N. in: La Xme conférence de l'Union Internationale contre la tuberculose, 5—10 sept. 1937. Bull. de l'Union intern. contre la tub., Vol. XIV, 1937, pag. 433.
- HEITMANN, N. La prophylaxie de la tuberculose à domicile en Norvège. Med. contempor. 55, 1937, pag. 460. (Ref. in: Bull. de l'Office intern. d'Hyg. publ. Tome 30, 1938, pag. 1044.)
- HELM, F. Die bisherige Tuberkulosegesetsgebung in Deutschland und ihre Auswirkung auf das Fürsorgewesen. Handbuch der Tuberkulosefürsorge, hrsg. von BLÜMEL, Bd. I, 1926, pag. 96.
- HELM, F. L'organisation de la lutte contre la tuberculose en Allemagne. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. VII, 1930, pag. 111.
- HERMANS, E. H. Een urgentieplan voor de geslachtsziektenbestrijding. Sexueele hygiëne, 1946, no. 4, pag. 9.
- HEYNSIUS VAN DEN BERG, M. R. Het lot van zuigelingen in een tuberculeuze omgeving. Geneesk. Bladen, 1929, reeks 27, no. 1, pag. 1.

- HEYNSIUS VAN DEN BERG, M. R. Tuberculose. Praeventieve Geneeskunde. Deel I, 1936, pag. 246.
- HEYNSIUS VAN DEN BERG, M. R. De gevaarlijkheid van verschillende tuberculeuze besmettingsbronnen. Maandschr. v. Kindergeneesk. Jg. 5, 1936, pag. 133.
- HUMBERT, F. La lutte antituberculeuse aux Etats-Unis. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. IX, 1932, pag. 195.
- HUNZIKER, H. et OEHRI, F. Le projet de loi sur la lutte contre la tuberculose. Schweiz. Med. Wschr., 1922, pag. 600, pag. 1028 en pag. 1060.
- ICKERT, P. Das Meldewesen und seine Verbesserung. Handbuch der Tuberkulosefürsorge, hrsg. von BLÜMEL. Bd. II, 1926, pag. 121.
- ISOCRATES. Discours égmétique. Vert. door Clermont-Tonnerre. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.)
- JAARBOEKJE van de Ned. Centrale Vereeniging tot bestrijding der tuberculose. 1944.
- JAARVERSLAGEN van de Tuberculoseinspectie, 1921—1923.
- JAARVERSLAGEN van de Inspectie voor Kinderhygiëne en Tuberculosebestrijding, 1924—1932.
- JAARVERSLAGEN van de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid, 1933—1944.
- JACQUET. La lutte antituberculeuse en Grande Bretagne. Bull. du Comité Nat. de défense contre la tuberculose. II^{me} année, 1921, pag. 193.
- JENSEN, Ch. Les effets produits par les lois danois sur la tuberculose. Tuberculosis, Vol. VIII, 1909, pag. 505.
- JOHNSTONE. La déclaration obligatoire de cas de tuberculose en Angleterre. Bull. de l' Office intern. d'Hyg. publ. Tome 7, 1915, pag. 607.
- JONGH, G. F. J. De, Een geval van gezinsvoogdij. Maandblad v. berechting en reclasseering, Jg. 23, 1944, pag. 65.
- JOSSELIN DE JONG, R. de, Verslag 7e conf. der Intern. Ver. tot bestrijding der tuberculose te Philadelphia, 25—26 Sept. 1908. Tuberculose, Jg. 5, 1909, pag. 128.
- KAYNE, C. G. The control of tuberculosis in England past and present. Oxford 1937.
- KAYSERLING, A. Die Gesetze zur Bekämpfung der Tuberkulose in Deutschland und im Ausland. Med. Reform, Jhg. 21, 1913, pag. 181, pag. 201 u. pag. 229.
- KAYSER—PETERSEN, J. E. Die ersten Anfänge des Tuberculosefürsorgewesens in Deutschland und im Auslande. Handbuch der Tuberkulosefürsorge, hrsg. von BLÜMEL, Bd. I, 1926, pag. 25.

- KERSBERGEN, L. C. De tuberculosebestrijding in Noord-Holland. Tuberculose, Jg. 5, 1909, pag. 29.
- KLOOS, G. Die Durchführung der Zwangsunterbringung von rücksichtslosen Offentuberkulösen. Deutsches Tuberkuloseblatt, Jhg. 16, 1942, pag. 222 und pag. 242.
- KNOPF, S. A. A history of the National Tuberculosis Association. New York 1922.
- KNOPF, S. A. Die Tuberkulosebekämpfung in den Vereinigten Staaten von Amerika. Handbuch der Tuberkulosefürsorge, hrsg. von BLÜMEL, Bd. II, 1926, pag. 481.
- KNUTTEL, W. P. C. De grenzen der gezinsvoogdij. Maandbl. v. berechting en reclasseering, Jg. 21, 1942, pag. 189.
- KOCH, R. Epidemiologie der Tuberkulose. Zeitschr. f. Hyg. und Infektionskrankh. Bd. 67, 1910, pag. 1.
- KÖNIG, W. Welche Handhaben bietet die Gesetzgebung im Deutschen Reich für die Tuberkulosebekämpfung? Erg. der ges. Tbkforschung, Bd. III, 1931, pag. 611.
- KREUSER, F. und DEUSTER, H. Die Frage der Zwangsabsonderung asozialer Tuberkulöser vom Standpunkt der Fürsorge. Zeitschr. f. Tbk. Bd. 54, 1929, pag. 109.
- LAËNNEC. Traité de l'auscultation médiate ou Traité du diagnostic des maladies du poulmon. Paris 1819. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.)
- LANDAU, W. Die Frage der Zwangsabsonderung asozialer Tuberkulöser. Zeitschr. f. Tbk. Bd. 55, 1930, pag. 508.
- LECLERCQ, J. La déclaration obligatoire de la tuberculose. Paris Médical, 22, 1932, pag. 412.
- LECLERCQ, J. Organisation de la lutte contre la tuberculose dans le cadre d'un département. Revue de Phtisiologie, Tome 14, 1933.
- LEERBOEK der tuberculosebestrijding. 6e druk. 's-Gravenhage 1947.
- LEGROS, G. La lutte contre la tuberculose et la réforme de la loi de la santé publique de 1902. Revue de Phtisiologie, Tome 12, 1931, no. 5.
- LETTRE de l'Oeuvre Nationale Belge de défense contre la tuberculose au Ministre de l'Hygiène. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. X, 1933, pag. 27.
- LISSANT COX, G. Notification of tuberculosis, compared with the reported deaths from the disease. The Lancet, vol. CCI, 1921, pag. 1072.
- LISSANT COX, G. Progrès dans la prophylaxie et le traitement de la tuberculose. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. XI, 1934, pag. 95.

- LISSANT COX, G. Prophylaxie et traitement de la tuberculose dans le Lancashire. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. XVI, 1939, pag. 51.
- LITTRÉ. Oeuvres d'Hippocrate. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM).
- LOGHEM, J. G. van, Asociaal gedrag van meisjes. Acad. proefschrift. Amsterdam 1940.
- LOI danoise du 12 mars 1918 sur les mesures relatives à la lutte contre la tuberculose. Bull. de l'Office intern. d'Hyg. publ. Tome 13, 1921, pag. 341.
- LOI (Projet de) fédérale suisse sur la lutte contre la tuberculose. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. III, 1926, pag. 87.
- LOI fédérale suisse sur la lutte contre la tuberculose du 13 juin 1928. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. VI, 1929, pag. 97.
- LOI norvégienne du 8 mai 1900, telle qu'elle a été modifiée par les lois de 5 juin 1925, 25 juin 1935 et 5 juin 1936, portant mesures spéciales contre la tuberculose. Bull. de l'Office intern. d'Hyg. publ. Tome 30, 1938, pag. 288.
- LOI norvégienne du 4 nov. 1943 portant modification de la loi du 8 mai 1900 relative aux mesures particulières à prendre contre les maladies tuberculeuses. Bull. de l'Office intern. d'Hyg. publ. Tome 36, 1944, pag. 373.
- LUTTE (La) antituberculeuse au Danemark. Rapport publié par l'association danoise antituberculeuse à l'occasion de la conférence d'Oslo. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. VIII, 1931, pag. 101.
- LUTTE (La) contre la tuberculose en Ecosse pendant l'année 1914. Extrait du 20me Rapport Annuel du Local Government Board pour l'Ecosse. Bull. de l'Off. intern. d'Hyg. publ. Tome 8, 1916, pag. 285.
- MAC NALTY, A. S. A report on tuberculosis. Ministry of Health, Special Report, Series no. 64, London, 1932.
- MADSEN, TH., HOLM, Johs. et JENSEN, K. A. Etude sur l'épidémiologie de la tuberculose au Danemark. Acta tuberculosa Scand. 1942, suppl. VI.
- MAUGET. Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.
- MC CORMAC, H. De rationeele verklaring van het ontstaan en wezen der longtering en der klierziekte en van de wijze deze te voorkomen. 1863.
- MC DOUGALL, J. B. Aspect social de la tuberculose. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. XVI, 1939, pag. 251.
- MONTANO, J. B. Consultationes. 1557. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.)
- MORGAGNI. Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.
- MORTON, E. Die Tuberkulosebekämpfung in England und Wales. Handbuch der Tuberkulosefürsorge, hrsg. von BLÜMEL, Bd. II, 1926, pag. 455.

- MORTON, R. Opera medica. Lugduni 1697. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.)
- MUELLER—COHEN, B. Zorg voor de verwaarloosde jeugd. Gids voor Maatschappelijk Hulpbetoon in Nederland, 1940. pag. A237.
- MUNTENDAM, P. Maatschappelijke vraagstukken, rijzende aan en om het ziekbed van den tuberculoselijder. Ned. Tijdschrift v. Geneesk. Jg. 85, 1941, pag. 2048.
- NEANDER, G. Un épisode de la campagne antituberculeuse en Suède. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. V, 1928, pag. 103.
- NORD, J. De longontsteking en hare behandeling. Amsterdam 1890.
- NORTHERN IRELANDS antituberculosis legislation. Brit. Med. Journ. 1946, pag. 529.
- NOTES sur un voyage d'études aux Etats-Unis. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol III, 1926, pag. 81.
- NOUVELLES de l'Union.
- France. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. III, 1, 1926, pag. 69; Vol. III, 3, 1926, pag. 55; Vol. VII, 1930, pag. 153.
- Allemagne. Idem Vol. IX, 1932, pag. 175.
- Suède. Idem Vol. IV, 1927, pag. 281.
- Grande Bretagne. Idem. Vol. IV, 1927, pag. 369; Vol. V, 1928, pag. 71.
- OLIVIER, E. La lutte contre la tuberculose en Suisse. Lausanne 1925.
- OPVATTINGEN (oude) over de tuberculose. Tuberculose, Jg. 5, 1909, pag. 158.
- OPVATTINGEN (vroegere) over tuberculose. Tuberculose, Jg. 8, 1912, pag. 260.
- ORDONNANCE d'exécution de la loi fédérale suisse sur la lutte contre la tuberculose (du 20 juin 1930). Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. IX, 1932, pag. 275.
- OSTENFELD, J., HEITMANN, H. et NEANDER, G. La tuberculose en Danemark, en Norvège et en Suède. Publication de la Section d'hygiène de la Société des Nations. Genève 1931.
- OVERZICHT over het sociaal-hygiënisch werk in Nederland op het gebied van den dienst der volksgezondheid. s'-Gravenhage 1932.
- PHILIP, R. Les effets de l'organisation de la lutte antituberculeuse sur la diminution de la mortalité tuberculeuse. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. I, 1924, pag. 83.
- PIÉRY, M. et ROSHEM, J. Histoire de la tuberculose. Paris 1931.

- PIJNAPPEL, M. W. Tuberculosebestrijding in Amerika. Tuberculose, Jg. 9, 1913, pag. 1.
- POIX, G. Léon Bourgeois et son oeuvre antituberculeuse. Revue de Phthisiologie, 14, 1933, pag. 250.
- POIX, G. et BOULENGER, P. La déclaration obligatoire de la tuberculose et la connaissance de la morbidité tuberculeuse. Arch. de Méd. Soc. Tome II, 1946, pag. 538.
- POWELL, D. A. The fight against tuberculosis in Wales. Brit. Journal of tub. Vol. 31, 1937, pag. 164.
- PREVENTION of tuberculosis in Scotland. Brit. Med. Journ., 1911, pag. 1604.
- PUBLIC HEALTH Tuberculosis regulations 1911. Bull. de l'Office intern. d'Hyg. publ. Tome 4, 1912, pag. 1158.
- P(UTTO). Dwangafzondering van tuberculoselijders. Tegen de tuberculose, Jg. 36, 1940, pag. 129.
- QUERIDO, A. Het onmaatschappelijke gezin. Tijdschr. v. Soc. Geneesk. Jg. 25, 1947, pag. 109.
- RAPPORT préliminaire de la Commission ministérielle anglaise de la tuberculose. Bull. de l'Off. intern. d'Hyg. publ. Tome 4, 1912, pag. 1756.
- RAPPORT van de Commissie ter herziening van de Wet op de besmettelijke ziekten, benoemd door het Hoofdbestuur der Ned. Mij tot Bev. der Geneesk. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Jg. 41, 1905, pag. 1551.
- RAPPORT van den Centralen Gezondheidsraad, samengesteld en met machtiging van den Minister van Binnenlandsche Zaken uitgegeven door den Centralen Gezondheidsraad. 1917.
- RAPPORT du département suisse de l'intérieur sur sa gestion de 1921. Bull. de l'Off. intern. d'Hyg. publ. Tome 14, 1922, pag. 1058.
- RAPPORT omtrent de tuberculosebestrijding in Noord-Brabant, uitgebracht door de Studiecommissie van den Prov. Raad voor Gezondheidszorg in Noord-Brabant. Tilburg 1944.
- RAPPORT van een Studiecommissie, inzake het vraagstuk der onmaatschappelijke gezinnen. Amsterdam 1947.
- RAULIN, Traité de la phtisie pulmonaire. Paris 1782. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.)
- RAW, N. Public measures for the prevention of tuberculosis. Brit. Med. Journ. 1919, pag. 92.
- RIVIERE, L. Observationes medicae. Paris 1646. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.)

- ROLOFF, W. Die Zwangsverwahrung asozialen Offentuberkulöser nach den heute geltenden Gesetzen. Der öff. Ges. Dienst (Teilausg. B), Jhg. 2, 1937 und Jhg. 3, 1937.
- RÖSSLER, A. Schutzverwahrung gemeinschaftswidriger Schwindsüchtiger. Zeitschr. f. Tbk. Bd. 73, 1935, pag. 358.
- SAINT HILAIRE, Aristoteles, Problemata. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.)
- SAKKA, A. Comment lutter contre une extension possible de la tuberculose dans les circonstances actuelles? Revue de la tub. Tome 6, 1941.
- SANDRA, H. De leer der phthisis bij oude Nederlandsche schrijvers. 15. Conrad Carel Ontijd. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. Jg. 88, 1944, pag. 725.
- SCHMID, F. La tuberculose et la prophylaxie antituberculeuse en Suisse dans les dernières années (1863—1910). Bull. de l'Off. intern. d'Hyg. publ. Tome 4, 1912, pag. 276.
- SCHMID, F. L'état actuel de la lutte contre la tuberculose en Suisse. Bull. de l'Off. intern. d'Hyg. publ. Tome 5, 1913, pag. 1239.
- SCHNEITER, F. Die rechtlichen Grundlagen der Zwangsversorgung asozialen Tuberkulöser. Gegen die Tuberkulose, no. 6, 1941.
- S(LEESWIJK), J. G. Nadere organisatie van de bestrijding der tuberculose in Nederland. Tijdschr. v. Soc. Hyg. 23, 1921, pag. 130.
- STRAUB, M. Besmetting en herbesmetting bij tuberculosis. Versl. Tub.-Studie-Comm. 16, 1941, pag. 7.
- STRIJD (De) tegen de tuberculose op het platteland in Zweden. Tuberculose, Jg. 5, 1909, pag. 111.
- SWIETEN, VAN. Commentaria. Lugd. Batav. 1772. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.)
- TAZELAAR, J. Over expositie en hereditaire dispositie bij tuberculose. Acad. proefschrift, Amsterdam 1926.
- TROISIER, J. et POIX, G. Les bases doctrinales de la lutte contre la tuberculose. Presse méd. 1943, no. 22, pag. 317.
- TRYXELL, K. A. De verpleging van toringlijders in Zweden. Vertaald in: Tuberculose, Jg. 4, 1908, pag. 72.
- TUBERCULOSE en Irlande, Tuberculosis, Vol. 8, 1909, pag. 522.
- TUBERCULOSE (La) et la lutte antituberculeuse en Suisse. Recueil de Mém. publié par la Commission Centr. Suisse pour la lutte antituberculeuse. Berne 1917.
- TUBERCULOSEBESTRIJDING (De) in Denemarken volgens de wet van 1905. Tuberculose, Jg. 6, 1910, pag. 420.

- TUBERCULOSIS in Eire. The Lancet, CCL, 1946, no. 6398.
- VERORDENING van het kanton Luzern tegen de tuberculose. Tuberculose, Jg. 6, 1910, pag. 78.
- VERSLAG van de Staatscommissie tot voorlichting over wettelijke maatregelen tot bestrijding van de tuberculose en over de beste wijze van bestrijding der ziekte. 's-Gravenhage 1922.
- VERSLAGEN en mededeelingen betreffende de volksgezondheid. 1943, pag. 729; 1945, pag. 825.
- VILLEMIN, J. A. Cause et nature de la tuberculose. Bull. de l'Acad. de Méd. 1896.
- VIRCHOW, R. Zellulärpathologie. Berlin 1858. (Gecit. naar PIÉRY et ROSHEM.)
- VOS, B. H. De sanatoria en de tuberculosebestrijding. Tegen de tuberculose, Jg. 18, 1922, pag. 73.
- VOS, B. H. Leerboek der longtuberculose. Utrecht 1925.
- VOS, B. H. Sanatoria voor tuberculoslijders en tuberculoseziekenhuizen. Het Ziekenhuiswezen, Jg. 8, 1935, pag. 329.
- WATT, E. The fight against tuberculosis in Scotland. Brit. Journ. of tuberculosis, Vol. 31, 1937, pag. 184.
- WET (De) op de verplichte aangifte van tuberculose in Engeland. Tuberculose, Jg. 8, 1912, pag. 68.
- WET betreffende maatregelen tegen de tuberculose van het kanton Bern. Tuberculose, Jg. 8, 1912, pag. 124.
- WET van den 7en December 1934 tot bescherming van leerlingen tegen de gevolgen van besmettelijke ziekten van personeel van inrichtingen van onderwijs. Staatsblad no. 462.
- WETTEN (De) tegen de tuberculose in Denemarken. Tuberculose, Jg. 10, 1914, pag. 88.
- WILLIAMS, L. R. L'oeuvre antituberculeuse aux Etats-Unis. Bull. de l'Union intern. contre la tub. Vol. IV, 1927, pag. 189.
- WIJNHOF, J. A. Het oordeel der Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst omtrent wettelijke bepalingen ter bestrijding van de infectie met tuberculose. Tuberculose, 1906, no. 5, pag. 26.
- WIRTZ, H. Das Schicksal der Säuglinge in der Nähe von Lungenkranken. Zeitschr. f. Tbk. Bd. 61, 1936, pag. 333.
- ZUIDERHOFF, J. C. L. De burgerrechtelijke gezinsvoogdij. Acad. proefschrift, Utrecht 1929.

